



Organisation  
mondiale de la Santé

Côte d'Ivoire



République de Côte d'Ivoire  
*Union - Discipline - Travail*

# Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire 2022–2025



# Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire 2022-2025



Organisation  
mondiale de la Santé

Côte d'Ivoire

## Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire

ISBN : 978-929031382-3

© Région Africaine, 2023

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée** Stratégie de Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Région Africaine, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et mise en page : Abidjan, Côte d'Ivoire

# Table des matières

<b>Avant-propos du Représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire</b> .....	<b>v</b>
<b>Message du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle</b> .....	<b>vi</b> <b>vii</b>
<b>Message de la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique</b> .....	<b>viii</b>
<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>ix</b>
<b>Résumé d'orientation</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Contexte national</b> .....	<b>2</b>
2.1. Contexte démographique, politique, socio-économique .....	2
2.2. Genre, équité et droits humains .....	4
2.3. Système de santé de la Côte d'Ivoire .....	6
2.3.1. Organisation et gouvernance du Système de Santé .....	6
2.3.2. Financement de la santé .....	8
2.3.3. Ressources humaines pour la santé .....	10
2.3.4. Prestations de services, Infrastructures et équipements .....	12
2.3.5. Médicaments et produits de santé .....	16
2.3.6. Information sanitaire .....	17
2.3.7. Recherche développement et innovations technologiques .....	19
2.3.8. Profil sanitaire .....	19
2.3.9. Couverture Sanitaire Universelle .....	32
2.3.10. Préparation et réponses aux situations d'urgence .....	36
2.3.11. Promotion de la santé .....	38
2.4. Faits saillants relatifs au système de santé .....	38
2.5. Principaux défis du système de santé .....	39
<b>3. Environnement du partenariat</b> .....	<b>41</b>
3.1. Principaux partenaires de santé et partenaires au développement en Côte d'Ivoire .....	41
3.2. Coopération avec le système des Nations Unies au niveau national .....	44
<b>4. Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire</b> .....	<b>46</b>
4.1. Principales réalisations de l'OMS en Côte d'Ivoire .....	46
4.2. Enseignements tirés et opportunités .....	49
4.3. Contribution de la Côte d'Ivoire aux programmes d'action sanitaire régional et mondial .....	50



<b>5. Définition des priorités stratégiques 2022-2025</b>	<b>52</b>
5.1 Processus d'établissement des priorités et alignement de la SCP sur les programmes stratégiques (13 <sup>ème</sup> PGT-OMS, PNDS et CCDD-SNU en Côte d'Ivoire)	52
5.2. Domaines liés aux priorités stratégiques	53
5.2.1. Priorité Stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le Financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU	53
5.2.2. Priorité Stratégique 2 : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées	57
5.2.3. Priorité Stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques	59
5.2.4. Priorité Stratégique 4 : Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes	61
<b>6. Mise en œuvre de la SCP 2022-2025</b>	<b>63</b>
6.1. Principes de coopération	63
6.2. Modalités de la coopération	63
6.2.1. Dialogue politique stratégique	63
6.2.2. Appui stratégique	64
6.2.3. Assistance technique	64
6.2.4. Prestation de services	64
6.3. Mécanisme de mise en œuvre de la SCP	64
6.4 Rôles des différents niveaux de l'OMS dans la mise en œuvre de la SCP 2022-2025	65
6.5. Financement de la mise en œuvre de la SCP	66
<b>7. Suivi et évaluation</b>	<b>68</b>
7.1. Suivi de la mise en œuvre de la SCP	69
7.2. Évaluation à mi-parcours de la SCP	69
7.3. Évaluation finale	69
<b>8. Conclusion</b>	<b>71</b>
<b>9. Annexes</b>	<b>72</b>

# Avant-propos

## du Représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire

Dans l'histoire de sa présence en Côte d'Ivoire, l'OMS a exécuté trois générations de Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP) : SCP 2009-2013, SCP 2013-2015 (extension de la précédente) et SCP 2016-2020 (étendue à l'année 2021), contribuant ainsi à la marche du pays vers les objectifs globaux de santé fixés par la communauté internationale.

La nouvelle génération de la Stratégie de coopération entre l'OMS et la République de Côte d'Ivoire, la quatrième du genre, conçue pour la période 2022-2025, énonce la vision, à moyen terme, et l'engagement de notre Organisation à apporter le meilleur appui technique et stratégique possible à l'amélioration de l'état de santé de toute la population, à travers une réalisation maximale des priorités nationales.

L'évaluation de la SCP 2016-2020, dont le terme a été étendu à l'année 2021, tout en mettant en lumière les priorités actuelles, a révélé que la Côte d'Ivoire a enregistré une réduction appréciable de la morbidité générale et de la mortalité maternelle, au nombre des problèmes majeurs qui cristallisent les efforts de tous les acteurs depuis plusieurs cycles. Cette baisse témoigne non seulement de la forte volonté politique clairement affirmée par les plus hautes autorités du pays, mais aussi de la pertinence des investissements tout au long des cycles précédents.

Toutefois, et comme dans la plupart des pays, la pandémie de COVID-19, qui a mis à rude épreuve le système de santé, continue d'impacter négativement la qualité des prestations de services, grevant ainsi les progrès du pays vers l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030. Il nous est heureux de constater les efforts notables des autorités nationales à mettre en place des mesures correctrices idoines, considérant cette pandémie comme une opportunité pour



l'application de stratégies novatrices en vue de relever les défis.

Outre la construction de nouvelles infrastructures sanitaires et leur dotation en personnel et en équipements, les efforts entrepris par le Gouvernement visent entre autres, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la prévention et la riposte aux maladies émergentes et ré-émergentes de santé publique et la prévention de l'impact des déterminants sociaux de la santé y inclus les effets du changement climatique.

Afin de traduire sa volonté d'accélérer les progrès de la Côte d'Ivoire vers la Couverture santé universelle (CSU), le Bureau de pays de l'OMS, à travers la présente SCP 2022-2025, soutiendra la réalisation des priorités nationales en matière de santé. Ces priorités s'alignent à celles du PNDS 2021-2025, aux axes stratégiques du 13e Programme général de travail de l'OMS adoptés par tous les États Membres, à l'Agenda 2030 pour le développement durable et aux priorités d'appui des Agences du système des Nations Unies, adoptées dans le document

Cadre de coopération pour le développement durable (CCDD).

Toute cette démarche s'inspire aussi des priorités stratégiques du Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, soutenues par les États Membres au cours de l'Assemblée mondiale de la santé de l'année 2021, et rappelées en janvier 2022 dans le Livre blanc du D.G. de l'OMS « Agenda de l'OMS pour le rétablissement, le renouvellement et la préparation », dont les cinq lignes directrices sont :

1. Aider les pays à opérer un changement de paradigme vers la promotion de la santé, du bien-être et la prévention des maladies ;
2. Soutenir une réorientation radicale des systèmes de santé vers les soins de santé primaires ;
3. Renforcer les systèmes et les outils de gestion des urgences, en s'appuyant sur une gouvernance et un financement pérenne ;
4. Exploiter le pouvoir de la science, de l'innovation en matière de recherche, des données et des technologies numériques ;
5. Renforcer l'OMS en tant qu'autorité dirigeante et directrice de la santé mondiale.

Dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de l'OMS avec la Côte d'Ivoire, SCP 2022-2025, il sera tenu compte des valeurs promues par l'OMS, particulièrement celles en faveur

d'un environnement de travail propice à une prévention efficace et une détection précoce de toutes formes d'inconduites sexuelles, non conformes au respect de la dignité des bénéficiaires.

Nous nous félicitons du solide partenariat de la santé mis en place sous le leadership de l'OMS et de l'engagement politique de haut niveau du Gouvernement ivoirien. Il s'agit en effet de deux leviers qui nous invitent à l'optimisme de voir la Côte d'Ivoire atteindre son ambition en matière de santé, celle de bâtir un système qui ne laisse personne de côté. Cela est possible d'une part, avec le renforcement et le maintien d'un système de santé résilient capable de fournir des soins complets, intégrés, accessibles, de bonne qualité et centrés sur la personne et, d'autre part, en veillant à établir l'équité pour une couverture santé universelle.

Nous saluons l'excellente collaboration qui a présidé au processus d'élaboration de la présente SCP 2022-2025, fédérant le ministère de la Santé, l'OMS et toutes les parties prenantes.

Dans le même élan, l'ensemble des acteurs impliqués mettra en œuvre le mécanisme de suivi-évaluation assorti au cadre de performance de la stratégie, non seulement pour s'assurer de la qualité des produits issus des priorités stratégiques, mais également de mesurer le niveau de progrès des indicateurs de performance, vers un meilleur état de santé des populations vivant en Côte d'Ivoire.



**D' Jean-Marie Vianny YAMEOGO**

Représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire

## Message

# du Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle

La Stratégie de Coopération entre l'OMS et la République de Côte d'Ivoire pour la période 2022-2025 traduit dans les faits, l'exemplaire collaboration entre notre pays et l'OMS depuis plusieurs décennies. Cette stratégie vient redynamiser nos engagements conjoints et crée les conditions de l'accompagnement requis pour « Une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possible à travers un système de santé performant, accessible à tous et résilient », dans la vision du Plan National de Développement – PND 2021-2025.

L'arrimage des axes stratégiques de la présente stratégie avec ceux du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2021-2025, rassure le pays que les changements souhaités pour le bien-être de la population de Côte d'Ivoire, ne sont pas hors de portée; ce sont notamment : l'augmentation de l'espérance de vie de 57 ans en 2020 à 60 ans en 2025, la réduction de la mortalité maternelle de 385 pour 100 000 NV en 2021 à 377 pour 100 000 NV en 2025, de la mortalité infanto-juvénile de 74 ‰ en 2021 à 60,5 ‰ en 2025 et de la mortalité néonatale de 30 ‰ en 2020 à 22,5 ‰ en 2025.

La Côte d'Ivoire, notre pays, est consciente des défis majeurs qui se dressent sur le chemin de l'émergence et du bien-être des populations. Elle sait qu'il faut une collaboration la plus étendue possible dans le secteur de la santé en vue de la mise en œuvre d'actions conjuguées de tous. Ce faisant, nous pourrions avec une volonté politique affirmée et un leadership fort, aboutir à la mise en place d'un système de santé résilient capable de répondre et résister aux événements de santé publique aigus.

C'est en cela que la stratégie de coopération entre l'OMS et la Côte d'Ivoire 2022-2025,



avec les quatre priorités retenues, est l'un des leviers qui permettra de mutualiser les appuis techniques et financiers, pour la mise en œuvre efficiente du PNDS 2021-2025. Elle contribuera à mobiliser les ressources appropriées et renforcer les mécanismes de suivi, d'évaluation et de redevabilité afin de garantir à l'ensemble de la population ivoirienne, notamment les plus vulnérables, un état de complet bien-être optimal.

J'exprime ma profonde gratitude à toutes celles et à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie. Je puis vous rassurer de la totale disponibilité du Gouvernement à travers le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHP-CMU), à ne ménager aucun effort pour favoriser sa mise en œuvre effective afin de contribuer significativement à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable à l'horizon 2030.

**M. Pierre N'Gou DIMBA**

Ministre de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture maladie universelle

# Message

## de la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

La Stratégie de coopération avec les pays (SCP) de la Quatrième génération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) cristallise le programme de réforme majeur adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer les capacités de l'OMS à répondre aux besoins des pays. La Stratégie de coopération définit la vision à moyen terme et un cadre de coopération spécifique de l'OMS avec un État Membre. Elle reflète les initiatives en cours du programme de transformation de l'OMS dans la région africaine ainsi que les principes clés du treizième programme général de travail (13e PGT), au niveau des pays. Elle vise à accroître la pertinence de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et se concentre sur l'identification des priorités et interventions efficaces dans la mise en œuvre du budget-programme de l'OMS. L'objectif des SCP est de rendre l'OMS plus efficace et efficiente dans ses appuis aux pays, à travers des réponses adaptées aux besoins et priorités de chaque pays.

Les SCP de la Quatrième génération s'appuient sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de celles de la troisième génération, sur l'agenda stratégique du pays tel que défini dans les documents de politiques, stratégies et plans sanitaires, et sur le Cadre de partenariat pour le développement durable des Nations Unies. Ces SCP doivent également s'aligner au contexte mondial, continental et régional de la santé et accélérer les investissements vers une couverture sanitaire universelle (CSU).

La progression vers la CSU nécessite des services de santé de qualité, intégrés, centrés sur la personne, accessibles à tous et à un coût abordable. Pour y arriver, j'exhorte les bureaux de l'OMS à une utilisation efficace de la stratégie pour la planification opérationnelle, pour un plaidoyer soutenu en faveur de la mobilisation des ressources, et pour le renforcement des



partenariats et de la présence de l'OMS dans le pays.

Au cours de ces dernières années, La Côte d'Ivoire et l'OMS ont mis en œuvre trois stratégies de coopération ayant contribué de manière substantielle aux progrès enregistrés dans le domaine de la santé. Je voudrais féliciter le Gouvernement ivoirien pour son leadership et pour les avancées significatives en faveur de la santé et le bien-être des populations.

Je tiens à remercier le ministère de la Santé et l'équipe de l'OMS de la Côte d'Ivoire pour avoir conduit un exercice rigoureux en consultation avec les partenaires pour définir comment l'OMS peut contribuer au mieux au développement sanitaire. Le Bureau régional de l'OMS s'engage pleinement à fournir le soutien stratégique et technique nécessaire pour l'atteinte des objectifs stratégiques de la présente stratégie de coopération.

J'exhorte l'ensemble du personnel de l'OMS, sous la direction du Représentant, à redoubler d'efforts pour assurer la mise en œuvre efficace des priorités déclinées dans ce document afin d'améliorer la santé et le bien-être des populations, qui sont des facteurs clés du développement économique et social de l'Afrique.

**D<sup>r</sup> Matshidiso MOETI**

Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

# Sigles et abréviations

<b>ABC/OBC</b>	: Associations /Organisations à Base Communautaire
<b>AIRP</b>	: Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique
<b>AMD</b>	: Ateliers de Maintenance des Districts
<b>ANJE</b>	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
<b>ASC</b>	: Agents de Santé Communautaire
<b>ATS</b>	: Antenne de Transfusion Sanguine
<b>AVP</b>	: Accidents de la Voie Publique
<b>BCG</b>	: Bacille Calmet et Guerin
<b>BMGF</b>	: Bill & Melinda Gates Foundation
<b>BOOT</b>	: Boiler Optimization and Simulation Tool
<b>CEDEAO</b>	: Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
<b>CEPRIS</b>	: Centre d'Etude des Pathogènes Emergents à Risque Infectieux Sévères
<b>CIPHIA</b>	: Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment
<b>CMT</b>	: Centres de Médecine Traditionnelle
<b>CMU</b>	: Couverture Maladie Universelle
<b>CNAM</b>	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie
<b>COGES</b>	: Comité de Gestion des Établissements Sanitaires
<b>COMBD</b>	: Centre Ophtalmologiste Méthodiste Barthimée de Dabou
<b>CONNAPE</b>	: Conseil National pour l'Alimentation, la Nutrition et le Développement de la Petite Enfance
<b>COUSP</b>	: Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
<b>COVID</b>	: Coronavirus Disease
<b>CPN</b>	: Consultation Périnatale
<b>CPoN</b>	: Consultation Postnatale
<b>CREC</b>	: Communication sur les Risques et Engagement Communautaire
<b>CRESAC</b>	: Centre Régional d'Évaluation en Education Environnement, Santé et d'Accréditation en Afrique
<b>CRIEM</b>	: Centres Régionaux des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance
<b>CSU</b>	: Couverture Sanitaire Universelle
<b>CSSE</b>	: Couverture en services de santé essentiels
<b>CNTS</b>	: Centre National de Transfusion Sanguine
<b>DIIS</b>	: Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire
<b>DDS</b>	: Directeur Départemental de la Santé
<b>DHIS2</b>	: District Health Information Software 2
<b>DME</b>	: Dossier Médical Electronique
<b>DMLA</b>	: Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
<b>DPPD/PAP</b>	: Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses/ Projet Annuel de Performance
<b>DRS</b>	: Directeur Régionale de Santé
<b>ECD</b>	: Equipe Cadre de District
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>ENSESI</b>	: Enquête Nationale sur la Situation de l'Emploi et le Secteur Informel
<b>ENV</b>	: Enquête sur le Niveau de Vie
<b>EPH</b>	: Établissement Public Hospitalier
<b>EPN</b>	: Établissement Public National



<b>ESPC</b>	: Établissement sanitaire de premier contact
<b>FAP</b>	: Femmes en âge de procréer
<b>FBP</b>	: Financement basé sur la performance
<b>FENOSCI</b>	: Fédération nationale des organisations de santé de Côte d'Ivoire
<b>FRANC</b>	: Foyer de renforcement des activités de nutrition communautaire
<b>GAVI</b>	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>GFF</b>	: Global Financing Facility
<b>HG</b>	: Hôpital Général
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virus
<b>IDH</b>	: Indice de Développement Humain
<b>IEC/CSC</b>	: Information, éducation, communication pour le changement social et de comportement
<b>IHP+</b>	: Partenariat international pour la santé +
<b>IMC</b>	: Indice de masse corporelle
<b>INS</b>	: Institut national de la statistique
<b>IRA</b>	: Infections respiratoires aiguës
<b>IST</b>	: Infections sexuellement transmissibles
<b>LMD</b>	: Licence, master, doctorat
<b>LNSP</b>	: Laboratoire national de la santé publique
<b>LORNES</b>	: Liste officielle de référence nationale des établissements sanitaires
<b>MAGPI</b>	: Logiciel de surveillance des données des maladies
<b>MCEE</b>	: Maternal and Child Epidemiology Estimation
<b>MCSS</b>	: Mécanisme de coordination du système de santé
<b>MEV</b>	: Maladies évitables par la vaccination
<b>MICS</b>	: Enquête à Indicateurs multiples
<b>MILDA</b>	: Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
<b>MNT</b>	: Maladies Non Transmissibles
<b>MSHPCMU</b>	: Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle
<b>MTN-CP</b>	: Maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive
<b>MVE</b>	: Maladie à Virus Ebola
<b>NPSP-CI</b>	: Nouvelle pharmacie de la santé publique de Côte d'Ivoire
<b>NRBC</b>	: Nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques
<b>ODD</b>	: Objectifs de développement durable
<b>OHT</b>	: Outil « Un monde, une santé »
<b>OMD</b>	: Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OSC</b>	: Organisation de la société civile
<b>PANSS</b>	: Plan annuel national de sécurité sanitaire
<b>PCI</b>	: Prévention et Contrôle des Infections
<b>PCIMNE</b>	: Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant
<b>PEPFAR</b>	: Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le VIH/SIDA
<b>PFE</b>	: Pratique Familiale Essentielle
<b>PHCPI</b>	: Primary Health Care Performance Initiative
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PID</b>	: Pulvérisation Intra Domiciliaire
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités



<b>PMNDPE</b>	: Projet Multisectoriel de Nutrition et de Développement de la Petite Enfance
<b>PMT</b>	: Praticiens de la médecine traditionnelle
<b>PNAQS</b>	: Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services
<b>PNCFS</b>	: Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
<b>PND</b>	: Plan national de développement
<b>PND5</b>	: Plan national de développement sanitaire
<b>PNGDS</b>	: Plan national de gestion des déchets sanitaires
<b>PNLT</b>	: Programme national de lutte contre la tuberculose
<b>PNSME</b>	: Programme national de la santé de la mère et l'enfant
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PPP</b>	: Partenariat public privé
<b>PRDS</b>	: Plan régional de développement sanitaire
<b>PRISM</b>	: Performance de la gestion des systèmes d'information de routine
<b>PS-Gouv</b>	: Programme social du gouvernement
<b>PSL</b>	: Produits sanguins labiles
<b>PSN</b>	: Plan stratégique national
<b>PSPSCI</b>	: Plateforme du secteur privé de la santé de la Côte d'Ivoire
<b>PTF</b>	: Partenaires techniques et financiers
<b>PVVIH</b>	: Personnes vivant avec le VIH
<b>RASS</b>	: Rapport annuel sur la situation sanitaire
<b>RDQA</b>	: Évaluation de la qualité des données de routine
<b>RHS</b>	: Ressources Humaines en Santé
<b>RNB</b>	: Revenu National Brut
<b>RSI</b>	: Règlement Sanitaire International
<b>SAJ</b>	: Santé des Adolescents et Jeunes
<b>SAMU</b>	: Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SDMPR</b>	: Surveillance des Décès Maternels et Périnataux et Riposte
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SIMR</b>	: Surveillance Intégrée des Maladies et la Riposte
<b>SIS</b>	: Système d'Information Sanitaire
<b>SISR</b>	: Système d'Information Sanitaire de Routine
<b>SMNI</b>	: Santé Maternelle, Néonatale et Infantile
<b>SNIS</b>	: Système National d'Information Sanitaire
<b>SNU</b>	: Système des Nations Unies
<b>SONU</b>	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SONUB</b>	: Soins obstétricaux néonataux d'urgence de base
<b>SONUC</b>	: Soins obstétricaux néonataux d'urgence complets
<b>SPAR</b>	: States Parties Annual Report
<b>SRMNEA</b>	: Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents
<b>SRO</b>	: Solution de Réhydratation Orale
<b>SSA</b>	: Systèmes de Santé en Afrique
<b>SSP</b>	: Soins de Santé Primaires
<b>SSSU-SAJ</b>	: Services de santé scolaires et universitaires de santé pour les adolescents et les jeunes
<b>SUN</b>	: Intensifier la Nutrition

<b>STEPS</b>	: Enquête Nationale sur les Facteurs de Risques des Maladies Non-Transmissibles
<b>TBMDR</b>	: Tuberculose multirésistante à la Rifampicine
<b>TDR</b>	: Tests de Diagnostic Rapide
<b>THA</b>	: Trypanosomiase Humaine Africaine
<b>TIC</b>	: Technologie de l'Information et de la Communication
<b>TME</b>	: Transmission Mère-Enfant
<b>TPI</b>	: Thérapie Préventive à l'Isoniazide
<b>UA</b>	: Union Africaine
<b>UD</b>	: Usagers de Drogue
<b>UE</b>	: Union Européenne
<b>UEMOA</b>	: Union économique monétaire ouest africaine
<b>UFR</b>	: Unité de Formation et de Recherche
<b>UNT</b>	: Unité Nutritionnelle Thérapeutique
<b>UNTA</b>	: Unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire
<b>VAA</b>	: Vaccin anti-amaryl
<b>VHB/VHC</b>	: Virus de l'Hépatite B / Virus de l'Hépatite C
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine
<b>VPI</b>	: Vaccin Polio Injectable
<b>VPO</b>	: Vaccin Polio Oral
<b>5S-KAIZEN-TQM</b>	: Projet du Programme pour la Recherche sur l'Innovation dans le Système de Santé

# Résumé d'orientation

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le pays (SCP) 2022-2025 est un instrument juridiquement non-contraignant entre l'OMS et la Côte d'Ivoire dont le but est de permettre une plus grande visibilité des domaines d'interventions prioritaires de l'OMS dans le pays sur la base des ressources qui seront mobilisées. Elle constitue le cadre à moyen terme de la collaboration de l'OMS avec la Côte d'Ivoire. Elle sera la base sur laquelle seront élaborés les prochains plans de travail biennaux de l'OMS et constituera un outil de référence et d'harmonisation des actions de l'OMS avec celles des autres institutions du Système des Nations Unies et des partenaires du développement sanitaire en Côte d'Ivoire. Elle fait suite à la SCP 2016-2020 dite de 3e génération qui a été mise en œuvre à travers les plans biennaux 2016-2017, 2018-2019 et 2020-2021.

Conformément au cadre de suivi et évaluation, une évaluation finale de la SCP 2016-2020 était initialement prévue en 2020, mais la survenue de la pandémie de COVID-19 a occasionné un retard dans la réalisation de cette évaluation qui a pris en compte l'année 2021. À l'issue de cette évaluation qui a impliqué le Gouvernement de la Côte d'Ivoire, tous les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé et la société civile, des recommandations ont été faites et les priorités ont été définies, pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie couvrant la période 2022-2025.

La SCP 2022-2025 a été élaborée dans un contexte marqué par le relèvement des activités de santé liées à la crise de la pandémie à COVID-19. En effet, la perturbation de la délivrance des services essentiels due à cette pandémie a impacté négativement certains indicateurs sanitaires même si l'espérance de vie à la naissance, la mortalité générale, la mortalité maternelle, les mortalités infantile, juvénile et infanto-juvénile se sont globalement améliorés.

Les priorités définies dans la SCP 2022-2025 sont alignées sur celles du 13e Programme général de travail, du Plan national de développement (PND) 2021-2025, du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025, du Cadre de coopération pour le développement durable (CCDD) 2021-2025 du Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire et des Objectifs de développement durable (ODD).

Ces priorités sont :

1. Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la Couverture sanitaire universelle (CSU) ;
2. Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées ;
3. Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques ;
4. Renforcer la qualité de la préparation et de la réponse aux urgences de santé publique et catastrophes.

Ces priorités ont été retenues en prenant en compte les résultats clés obtenus et les défis relevés lors de l'évaluation de la SCP 2016-2020.

La SCP 2022-2025 est articulée sur un programme comprenant des domaines d'actions découlant des priorités stratégiques et comportant des axes d'interventions adossés au 13e Programme général de travail de l'OMS 2019 2023/2025 et au Programme de transformation du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Chaque domaine d'action prioritaire sera traduit en interventions opérationnelles lors de l'élaboration des plans de travail biennal d'appui au Gouvernement.

La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la SCP 2022-2025 se feront en étroite collaboration avec les institutions gouvernementales, les Partenaires techniques et financiers (PTF), la société civile et les sociétés savantes. L'évaluation à mi-parcours est prévue en 2024 et l'évaluation finale en 2025 ; ces étapes associeront aussi les autres niveaux de l'OMS (Bureau régional et Siège).



*Le ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle,  
« M. Pierre Dimba » avec l'équipe du bureau de l'OMS Côte d'Ivoire*

# 1.

# Introduction

Depuis 2009, l'OMS travaille avec la Côte d'Ivoire sur la base de Stratégies de coopération avec le pays (SCP) sur des cycles de moyen terme. Ainsi, elle a déjà exécuté trois générations de SCP à savoir les SCP 2009-2013, 2013-2015 et 2016-2020 (étendue à 2021). La SCP 2022-2025, dite de quatrième génération est le cadre stratégique qui oriente le travail de l'OMS en Côte d'Ivoire durant la période 2022-2025.

Cette SCP répond aux priorités sanitaires de la Côte d'Ivoire en lien avec le triple milliard du 13e Programme général de travail 2019-2023/2025 de l'OMS et les Objectifs de développement durable (ODD). Elle s'inspire en particulier des priorités énoncées par le Dr Tedros en janvier 2022 dans le Livre blanc « Agenda de l'OMS pour le rétablissement, le renouvellement et la préparation » à savoir l'accent sur la promotion de la santé, du bien-être et la prévention des maladies, sur les soins de santé primaires, sur la gestion des urgences, la gouvernance et le financement durable, sur la recherche et les technologies numériques appliquées à la santé.

Elle s'aligne de ce fait sur les plans et stratégies de développement nationaux actuels, notamment le Plan national de développement (PND) 2021-2025 et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025.

Dans le cadre de l'harmonisation avec les partenaires de santé en vue d'une coopération au développement efficace, la SCP 2022-2025 est également destinée à favoriser la contribution de la Côte d'Ivoire aux programmes régional et mondial de santé et orienter l'appui vers les domaines dans lesquels l'OMS dispose d'un avantage comparatif. En tant que cadre stratégique d'interventions de l'OMS en Côte d'Ivoire, la Stratégie de coopération avec le pays présente un aperçu global du rôle de l'OMS dans tous les compartiments du secteur de la santé et des financements nécessaires pour la mise en œuvre des différentes priorités stratégiques identifiées.

Une approche cohérente autour d'une OMS unifiée, combinée à une approche gouvernementale horizontale et verticale à la fois, sera au cœur de la mise en œuvre de la SCP. L'action de l'OMS est donc axée sur le dialogue politique stratégique, le renforcement du système de santé, l'amélioration de la santé tout au long du cycle de vie y compris les personnes âgées, la lutte contre les maladies en rapport avec le profil épidémiologique et la gestion des urgences de santé publique, le plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles, l'adoption des politiques et stratégies innovantes basées sur des évidences et sur le renforcement des capacités nationales.

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers les actions synergiques des trois niveaux de l'OMS durant les bienniums 2022-2023 et 2024-2025. Elle fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 2024 et d'une évaluation finale en 2025.

## 2.

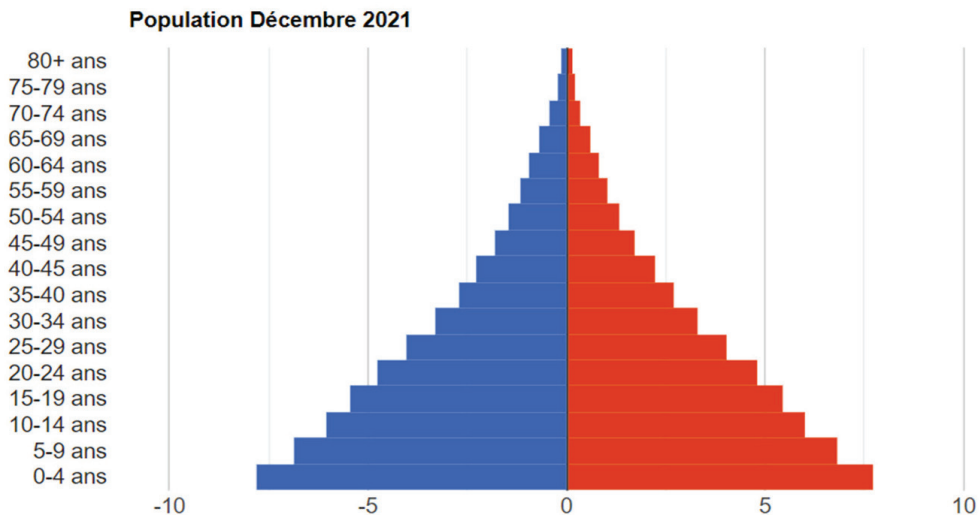
# Contexte national

## 2.1 Contexte démographique, politique, socio-économique

Au plan démographique, selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2021, la population totale vivant en Côte d'Ivoire est estimée à 29 389 150 habitants avec une densité de 91,1 habitants/km<sup>2</sup> et le taux d'accroissement annuel moyen est de 2,9 %. Les hommes représentaient 52,2 % contre 47,8 % de femmes. Les femmes en âge de procréer représentent 24 % de la population et les enfants de moins de 5 ans, 16 %. Une Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) réalisée en 2015 a montré que les femmes constituaient la frange la plus importante de la population vivant dans la pauvreté avec une proportion de 47,4 %.

La population ivoirienne vit, en majorité, dans le milieu urbain : 61 % des femmes et 60 % des hommes (RGPH 2021). Cette population est très jeune avec 77,3 % ayant moins de 35 ans. La part de la population en âge de travailler est plus faible chez les femmes (45,8 %) que chez les hommes (67,2 %), (ENSESI, 2016).

**Graphique 1 : Pyramide des âges de la Côte d'Ivoire**



Source : Recensement général de la population et de l'habitat - RGPH/INS 2021

**Au plan politique**, la Côte d'Ivoire est une République à régime présidentiel multipartite. La gouvernance politique et institutionnelle a connu des changements substantiels à travers la mise en œuvre de réformes notamment : i) la promulgation de la nouvelle Constitution le 8 novembre 2016 qui a été modifiée par la loi No 2020-348 du 19 mars 2020, ii) la création d'un poste de Vice-président par la nouvelle Constitution de 2016 ; iii) la création du Sénat en avril 2018 ; et iv) la création de la Chambre nationale des rois et chefs traditionnels.



janvier 2015, puis à 1,2 en 2019 et enfin à 1,5 en 2021<sup>1</sup>. Le pays se prépare à des élections municipales et régionales prévues en 2023, deux scrutins importants pour les principaux partis politiques avant l'élection présidentielle de 2025.

L'administration territoriale est structurée selon les principes de la déconcentration et décentralisation. L'administration territoriale déconcentrée est assurée dans le cadre de circonscriptions administratives hiérarchisées avec : 14 districts autonomes, 31 régions, 108 départements, 410 sous-préfectures et plus de 8600 villages. Elle est ainsi organisée en vue d'assurer l'encadrement des populations, de pourvoir à leurs besoins, de favoriser le développement économique, social et culturel et de réaliser l'unité et la cohésion nationales.

**Concernant le contexte social**, le pays compte une soixantaine d'ethnies réparties en quatre grands groupes (Akan, Mandé, Krou, Gour). La langue officielle est le français. La liberté de culte est garantie par la Constitution. Les principales religions sont le christianisme, l'islam et l'animisme.

L'espérance de vie à la naissance (2021) est de 58 ans, l'une des plus faibles de la sous-région. Le taux de croissance annuel de la population (2021) est de 2,9 %<sup>2</sup> avec un taux d'utilisation de la contraception moderne de 18 % en 2021 (EDS 2021-2022) contre un taux de 14 % en 2016. Selon une étude de l'UNESCO publiée en 2021<sup>3</sup>, le niveau d'alphabétisation de la population en Côte d'Ivoire est de 47,2 % pour les femmes et 63,8 % pour les hommes.

Pour apaiser la vie sociale des travailleurs, le Gouvernement ivoirien et les organisations syndicales des fonctionnaires et agents de l'État ont décidé, à travers un protocole d'accord signé le 8 août 2022 à Abidjan, d'observer une trêve sociale pour une durée de cinq ans allant de 2022 à 2027<sup>4</sup>. Les deux parties ont convenu de poursuivre cette nouvelle dynamique du dialogue social afin de permettre la mise en œuvre du Programme social du Gouvernement (PS-Gouv) et l'amélioration des conditions de vie et de travail des fonctionnaires et agents de l'État.

**En 2021, l'économie ivoirienne** s'est progressivement redressée en dépit des chocs de la pandémie mondiale de COVID-19. D'après les chiffres du FMI, le pays a enregistré entre 2013 et 2019, une croissance moyenne de 7,8 % faisant de lui, l'un des pays à la croissance la plus rapide au monde. Cependant, de nombreux efforts restent à fournir pour assurer la répartition équitable des richesses créées au cours des dernières années. Bien que la pauvreté ait reculé dans le pays passant d'un taux de 46,3 % en 2015 à 39,4 % en 2020, selon la Banque mondiale, le nombre de pauvres a augmenté dans les zones rurales, avec un bond de 2,4 % sur la même période. Une tendance que les autorités souhaitent inverser, grâce à de nouveaux investissements annoncés dans des secteurs sociaux clés comme la santé, l'éducation ou l'emploi et prévus pour la période 2021-2025. Le taux d'inflation a atteint en moyenne 4,2 %, son niveau le plus élevé depuis 10 ans, contre 0,8 % en 2019 et 2,4 % en 2020, principalement dû à la hausse des prix des denrées alimentaires<sup>5</sup>. Le taux d'endettement est ressorti à 38,8 % du PIB. Ainsi, fin 2019, la Côte d'Ivoire a respecté tous les critères de convergence de premier rang de l'UEMOA<sup>6</sup>.

En dépit des progrès enregistrés en matière de santé et d'éducation, la Côte d'Ivoire continue d'accuser du retard par rapport aux moyennes de sa région et du groupe de pays à revenu intermédiaire dont elle fait partie. Entre 2015 et 2018, le pays a enregistré une croissance beaucoup plus en faveur des pauvres que des riches, et qui contribue également à la réduction des inégalités.

<sup>1</sup>Discours Primature (Frat Mat Info, 08 novembre 2021)

<sup>2</sup>Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2021

<sup>3</sup>UNESCO : Etude sur le Droit à l'éducation inclusive et maintien des filles à l'école, octobre 2021

<sup>4</sup>Portail officiel du Gouvernement ([www.gouv.ci](http://www.gouv.ci))

<sup>5</sup><https://www.banquemondiale.org/fr/country/cotedivoire/overview>

<sup>6</sup>Bulletin statistique de la dette publique, Direction générale du Trésor et de la Comptabilité publique, mars 2022



En effet, l'analyse de l'indicateur du niveau de vie des ménages permet de constater une amélioration de 37,3 % pour les ménages pauvres dont les dépenses moyennes par tête sont passées de 177 623 F CFA à 243 963 F CFA entre les 2 années<sup>7</sup>.

Selon le rapport 2019 du PNUD sur le développement humain, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un indice de développement humain (IDH) estimé à 0,538 contre 0,474 en 2016. Ce rapport classe le pays au rang de 162<sup>e</sup> parmi 189 pays et territoires.

## 2.2 Genre, équité et droits humains

En 2020, l'espérance de vie à la naissance pour la population féminine de la Côte d'Ivoire était de 57,8 ans, et celle des hommes à 55,8 ans. L'espérance de vie pour les deux sexes était nettement inférieure à la moyenne mondiale (75,1 ans pour les femmes et à 70,6 ans pour les hommes).

Le droit à l'éducation et à la santé est parmi les droits de la personne fondamentaux inscrits dans la Constitution ivoirienne. Ces droits, à la charge de l'État, sont assurés, mais il existe des inégalités en matière d'alphabétisation et d'accès aux soins surtout liées au lieu de résidence (urbain et rural). Le taux brut de scolarisation est de 98 % avec 97,76 % pour les garçons et 98,22 % pour les filles dans le cycle primaire. Le taux d'achèvement dans le primaire est de 83,71 % dont 85,04 % pour les filles. En matière d'accès aux soins, en 2020, 74 % de la population se trouve à moins de 5 km d'un Établissement sanitaire de premier contact (ESPC)<sup>8</sup>.

L'indice de développement du genre (IDG) est de 51,7 classant le pays à la 121<sup>e</sup> place sur 144 pays<sup>9</sup>. Dans le cadre de la réduction des inégalités, la Côte d'Ivoire veille à la promotion et l'égalité du genre, notamment par la représentation des femmes à des postes de haute responsabilité et de décision à hauteur de 30 % et par la scolarisation des filles et des garçons au même niveau de considération avec un accent sur le maintien de la jeune fille dans le circuit scolaire et universitaire.

À noter que pour s'assurer de la prise en compte de tous ces aspects dans les politiques de développement, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire (avril 2022) comporte un département ministériel chargé de la Famille, de la Femme et de l'Enfant et un département en charge de la Protection sociale.

### Handicap, personnes vulnérables et personnes marginalisées

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat de Côte d'Ivoire de 2021, le pays compte 525 373 personnes en situation de handicap soit 1,79 % de la population générale estimée à dont 40,7 % de handicaps moteurs (25,8 % de handicaps des membres inférieurs, 14,9 % de handicaps de membres supérieurs), 11,7 % de sourds et de malentendants, 21,5 % de non-voyants et mal voyants, 7,2 % de personnes bègues, 3,9 % de personnes atteintes d'albinisme.

Le secteur de la rééducation fonctionnelle et de l'appareillage orthopédique, les modalités de fonctionnement, les types d'interventions, les pathologies ciblées par les structures existantes sont variées. Néanmoins, l'absence d'un système de régulation et de coordination met en

<sup>7</sup>Plan national de développement 2021-2025, Tome 1, Diagnostic stratégique, Évolution de la pauvreté

<sup>8</sup>PNDS 2021-2025

<sup>9</sup>SDG Gender index 2022

évidence des lacunes dans la chaîne thérapeutique et la couverture au niveau national (dépistage, diagnostic, orientation, appareillage, rééducation et suivi).

Les services publics de Médecine physique et de réadaptation (MPR) en milieu hospitalier sont peu nombreux et travaillent peu ou pas avec les autres acteurs de la réadaptation fonctionnelle. Les professionnels de la réadaptation et les travailleurs sociaux en lien avec le domaine du handicap sont peu nombreux et très peu formés notamment les orthoprothésistes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les kinésithérapeutes.

D'une façon générale, les soins de réadaptation sont en cours de structuration avec pour finalité une réglementation de toutes ces activités de rééducation et de réadaptation. À cet effet, le MSHPCMU, en collaboration avec le CICR et l'OMS a conduit en 2021 une évaluation systématique de la situation de la réadaptation en Côte d'Ivoire et a élaboré un plan national de développement de la réadaptation et des technologies d'assistance pour la période 2022-2025. La mise en œuvre de ce plan requiert l'appui des PTF en particulier celui de l'OMS.



sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le District sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires <sup>10</sup>.

Malgré les efforts de coordination observés au niveau central, on note encore des insuffisances dans la coordination des acteurs de la santé au sein des structures décentralisées et déconcentrées du ministère de la Santé (Directions régionales et Directions départementales de la santé) ; en outre, on note que le PNDS n'est pas décliné en plans régionaux de développement sanitaire.

Quant au versant offre de soins ou prestataire, il comprend également trois niveaux.

- Le niveau primaire ou périphérique composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers, dénommés Établissements sanitaires de premier contact (ESPC), pour assurer des prestations de type curatif, préventif, éducatif et promotionnel ;
- Le niveau secondaire comprend tous les établissements de soins publics assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire et possédant une capacité technique de diagnostic et de traitement ;
- Le niveau tertiaire est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Ce sont les cinq centres hospitaliers universitaires et les instituts nationaux spécialisés.

**Les Pôles régionaux d'excellence<sup>11</sup>**. Dans l'objectif de décentraliser le plus possible les hôpitaux de référence afin de prendre en charge, à temps les besoins de santé des patients, il a été créé 10 Pôles régionaux d'excellence santé (PRES) pour mettre en œuvre l'approche Pôles de continuum de soins (PCS) pour le développement d'un réseau de soins de proximité. Il s'agit des Pôles régionaux de San Pedro, Man, Odienné, Korhogo, Daloa, Bouaké, Yamoussoukro, Abidjan, Abengourou et Bondoukou.

Ces Pôles d'excellence regroupent des services hospitaliers dotés de plateaux techniques de qualité et bénéficiant de l'assistance des structures déconcentrées du ministère de la Santé ; ils serviront de centres de référence en matière de qualité et de disponibilité des soins y compris les spécialités.

**Le secteur privé de la santé** est en plein essor et constitue un secteur important en matière de prestations de service, en particulier pour les quantiles les plus riches<sup>12</sup>. Ainsi selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2021, on dénombre :

- 1108 établissements de soins privés à but lucratif, dont 20 polycliniques et 423 cliniques ;
- 12 Hôpitaux Généraux privés confessionnels ;
- 892 officines pharmaceutiques.

<sup>10</sup>Arrêté N° 1057/MSHP/CAB/du 6 décembre 2019 modifiant l'Arrêté No 872/MSHP/CAB/du 8 mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires

<sup>11</sup>PNDS 2021-2025

<sup>12</sup>Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire, Avril 2019

En outre, un système communautaire basé sur les prestations des Agents de santé communautaires (ASC) existe et compte des Organisations à base communautaire (OBC) et des leaders communautaires qui sont des canaux de sensibilisation. Ils constituent des réseaux sociaux et favorisent la participation des membres des communautés à la prise en charge de leurs propres problèmes de santé.

**En matière de gouvernance**, l'organisation du système de santé a connu un développement majeur avec l'adoption de la loi portant Orientation de la politique de santé publique et l'élaboration d'un projet de loi portant Code de santé publique. Plusieurs textes d'organisation ont été pris : i) la loi portant Réforme hospitalière a été adoptée et promulguée ; ii) la loi créant l'Autorité ivoirienne de régulation pharmaceutique (AIRP) prise pour mettre le pays en conformité avec les directives internationales et régionales, de l'OMS, de l'UA et de l'UEMOA, afin de redynamiser l'homologation, l'inspection, la surveillance du marché et l'assurance de la qualité des produits pharmaceutiques ; iii) la loi antitabac, adoptée et promulguée.

S'agissant de la planification, le secteur de la santé développe à échéance périodique des Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) exposant les orientations et objectifs stratégiques sectoriels.

L'intégration du secteur privé dans la gestion de la santé se fait à travers la Commission paritaire qui a un rôle consultatif. De plus, le Comité de concertation État-Secteur privé logé à la Primature offre également un cadre de dialogue entre le Gouvernement et le secteur privé de la santé qui facilitera la participation de l'offre privée de santé à la Couverture maladie universelle à partir de 2023.

### 2.3.2 Financement de la santé

Concernant le financement de la santé, alors que le budget du ministère de la Santé oscillait entre 5 % et 6 % du budget de l'État par le passé, il représentait 7,29 % du budget en 2020.

Une étude sur l'espace budgétaire et l'efficacité des dépenses de santé<sup>13</sup>, réalisée en 2017 par le ministère de la Santé en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé, a montré l'existence d'inefficacités des dépenses publiques de santé estimées à 51 % dans un contexte d'effort budgétaire réalisé par l'État à 97 % de sa capacité maximale. Ce qui signifie que l'option la plus rationnelle d'augmentation des dépenses publiques de santé résultera en fait d'une correction des inefficacités/dépensements dans l'exécution de ces dépenses.

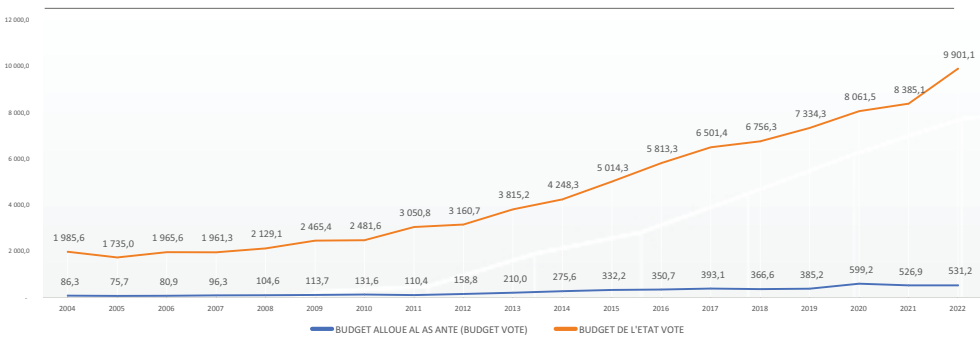
En novembre 2018, à l'occasion de la reconstitution des fonds du GFF à Oslo, l'État s'est engagé à une hausse annuelle minimale du budget de la santé de 15 % jusqu'en 2030. En avril 2019, au cours du dialogue national sur le financement de la santé, qui a réuni l'État, le secteur privé, les organisations de la société civile et les PTF, l'État a réaffirmé son engagement pris à Oslo.

Selon les comptes de la santé de 2018, les principales sources de financement sont : les ménages (39,43 %), le secteur public (28,81 %), le secteur privé (19,44 %), et le reste du monde (12,32 %). Malgré la gratuité des soins de santé et la mise en œuvre de la CMU, les paiements directs

<sup>13</sup>Espace budgétaire et efficacité en Côte d'Ivoire 2017 : Quelles marges de manœuvre ?

demeurent la principale source de financement et restent élevés même si, de 2011 à 2018, ils sont passés de 60,2 % à 39,43 % (norme OMS inférieure à 20 %). Les dépenses de santé par habitant restent faibles et représentaient 45 540 F CFA en 2018, loin du standard préconisé par l’OMS qui est de 112 dollars É.-U., soit 60 704 F CFA.

**Graphique 2 : Évolutions comparées du budget alloué à la santé et du Budget Général de L’État de 2004 à 2022**



Source : Direction des Affaires financières du MSHP-CMU/Analyse des allocations à la santé : À quoi sert le budget alloué au ministère de la Santé ?

Comme le montre le graphique ci-dessus, nous observons que le budget du ministère de la Santé, de l’Hygiène publique et de la Couverture maladie universelle (MSHPCMU) n’augmente pas au même rythme que celui du budget de l’État.

L’analyse de la structure du budget de la santé de 2020 à 2022 montre que l’engagement de la Conférence des Chefs d’État d’Abuja en 2001, à savoir octroyer 15 % du budget de l’État au secteur de la santé, n’est pas encore effectif. Par ailleurs, l’engagement du Gouvernement pris lors de la conférence d’Oslo en 2018 n’est pas aussi respecté.

Les niveaux primaire, secondaire et tertiaire ont respectivement reçu 16,2 %, 14,2 % et 69,6 % du budget alloué à la santé. La ventilation du budget par poste de dépense montre un niveau important des investissements (34,2 %) et du financement des charges de personnel (46,4 %) ; à contrario, le niveau de financement du fonctionnement des services (biens et services et transferts) reste très limité (19,40 %). Les fonctions de soins (6,78 %) et la surveillance épidémiologique (0,25 %) sont faiblement financées comparativement aux dépenses de personnel (salaires, 44,9 %). Les structures administratives de coordination (DRS et DDS) évaluent à seulement 50 % le taux de couverture de leurs besoins tandis que les ESPC et leurs hôpitaux de références prenant en charge la plupart des cas de maladies et enregistrant les plus forts taux d’utilisation (46,75 %) sont les moins financés<sup>14</sup>.

**Dans le domaine du financement des activités de vaccination**, la Côte d’Ivoire bénéficie de l’appui de GAVI depuis l’année 2001. Au regard des performances économiques actuelles du pays, GAVI a décidé de se retirer progressivement de ce financement. Ainsi, depuis janvier 2022, la Côte d’Ivoire est entrée en **phase accélérée de transition**. Le Conseil d’administration de GAVI

<sup>14</sup> Source DAF : Analyse des allocations à la santé 2022 : À quoi sert le budget alloué au ministère chargé de la santé ?

a approuvé en décembre 2022 une extension de la durée de la transition accélérée, qui passe de 5 à 8 ans. Cette décision affecte directement la trajectoire de cofinancement durant la transition accélérée de la Côte d'Ivoire.

De nombreuses questions subsistent quant à la garantie de la pérennité du financement de la vaccination. En effet, avec la sortie progressive de GAVI du financement de la santé, l'État de Côte d'Ivoire devra mobiliser en moyenne 3 milliards F CFA supplémentaires chaque année pour l'achat des vaccins sans compter les coûts opérationnels liés aux activités de vaccination.

L'OMS mènera donc des discussions approfondies avec les principaux acteurs que sont les autres partenaires intervenants dans la vaccination et les différents ministères pour le financement de la santé.

### 2.3.3 Ressources humaines pour la santé

**En matière de planification des ressources humaines en santé (RHS)**, malgré l'élaboration de documents stratégiques initiée depuis l'année 2009, l'on note un faible taux de mise en œuvre des différents plans stratégiques des RHS élaborés dû à une insuffisance de financement. Par ailleurs, **la production des RHS**, n'améliore pas la disponibilité de RHS de qualité. On note une insuffisance de spécialistes dans plusieurs districts sanitaires de l'intérieur du pays et des faiblesses au niveau de la densité des prestataires de soins pour 10 000 habitants<sup>15</sup>. La non-maitrise des effectifs des RHS du secteur privé est une contrainte supplémentaire à une gestion efficiente des RHS. Les défis majeurs sont d'améliorer les capacités de financement de la formation (initiale et continue) et assurer une gestion administrative efficiente des RHS pour réduire la mobilité et les taux d'absentéisme.

L'élaboration des Comptes nationaux des personnels de santé et la création de l'Observatoire des RHS (ORHS) contribueront à relever ces défis.

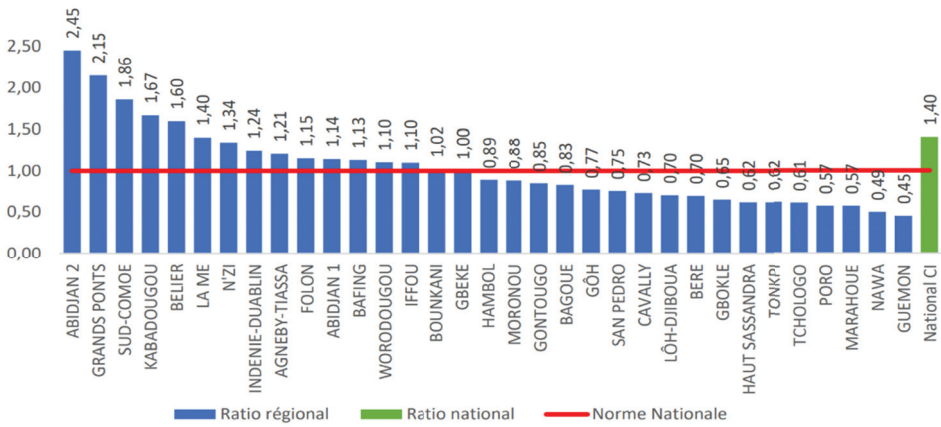
**Médecins** : le Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020 indiquait un nombre total de 4435 médecins exerçant dans le secteur public contre 4191 en 2019, soit une hausse de 5,82 %. L'effectif des médecins prestataires de soins était de 3715 en 2020 contre 3498 en 2019, soit une hausse de 6,20 %. Le ratio national était donc d'un (1) médecin prestataire de soins pour 7121 habitants soit 1,40 médecins pour 10 000 habitants.

---

<sup>15</sup> Source RASS 2020



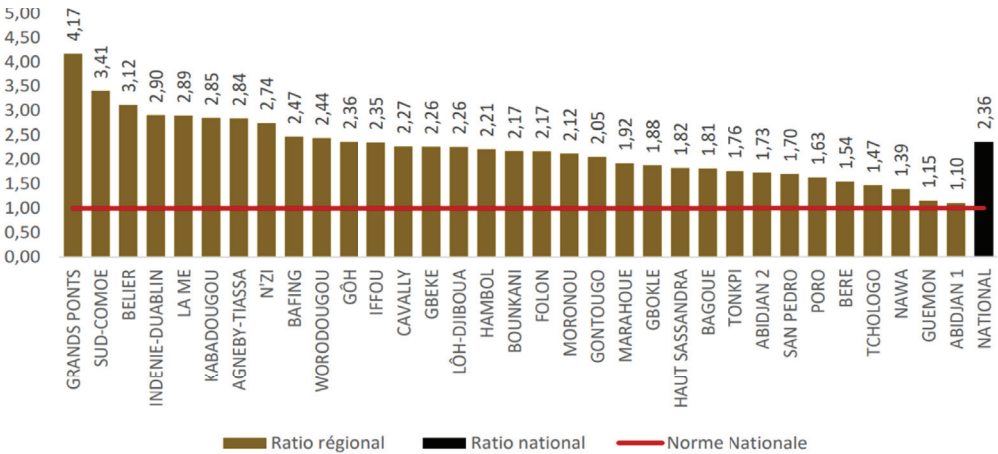
**Graphique 3 : Ratio Médecin-population par régions sanitaires**



Source : RASS 2020

**Infirmiers** : le RASS 2020 mentionnait 12 994 infirmiers dans le secteur public en 2020 contre 12 146 en 2019, soit une hausse de 6,98 %. Parmi ceux de 2020, on enregistrait 12 471 infirmiers dans les services de soins. Au niveau national, la norme de 1 infirmier pour 5000 habitants était atteinte avec un ratio de 2,36 infirmiers pour 5000 habitants, correspondant à un (1) infirmier pour 2121 habitants. Ce taux était en hausse de 6,30 % par rapport à celui de 2019 qui était de 2,22 infirmiers pour 5000 habitants.

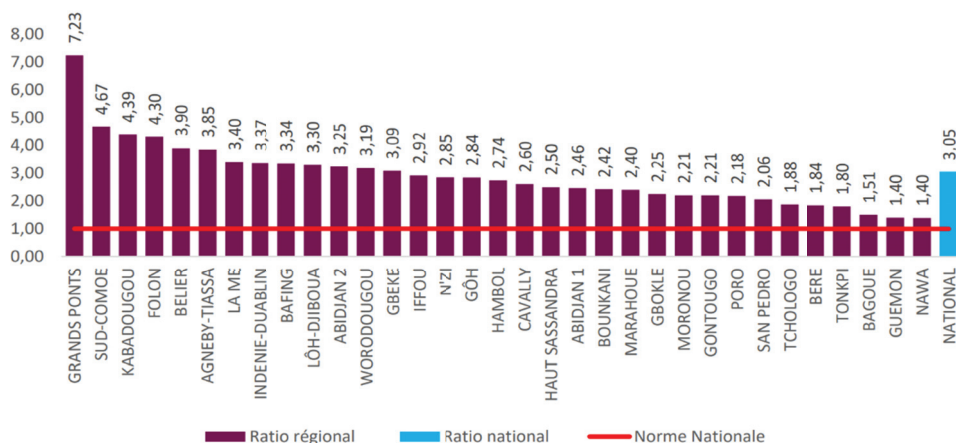
**Graphique 4 : Ratio Infirmiers-population par région sanitaire**



Source : RASS 2020

**Sage-femmes** : Le RASS 2020 indiquait un total de 6744 sages-femmes en 2020 dans le secteur public, contre 6047 en 2019, soit une hausse de 11,52 %. Parmi celles de 2020, l'on dénombrait 6495 sages-femmes prestataires de soins. Le ratio national était de 3,05 sages-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer en 2020, soit une (1) sage-femme pour 984 femmes en âge de procréer (FAP).

**Graphique 5 : Ratio Sage-femmes – Femmes en âge de procréer par région sanitaire**



Source : RASS 2020

Les défis majeurs en rapport avec les ressources humaines en santé sont :

- L'amélioration de la répartition géographique des personnels de santé ;
- La dotation du pays d'un nouveau plan stratégique pour le développement des ressources humaines de la santé ;
- La standardisation des systèmes d'information portant sur les RHS (Comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) afin d'améliorer la qualité des données et permettre un meilleur suivi de l'efficacité des politiques relatives aux RHS en vue d'atteindre l'objectif de la CSU.

### 2.3.4 Prestations de services, Infrastructures et équipements

Les directives de l'organisation, de la planification, de la délivrance, du suivi-évaluation et de la gestion administrative, comptable et financière des prestations sanitaires sont contenues dans le Manuel du paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact (ESPC) d'une part et le Manuel du paquet minimum d'activités de l'hôpital de référence d'autre part.

Le PNDS 2021-2025 décrit un système de santé avec une offre de soins structurée en trois niveaux. Le niveau primaire constitue la porte d'entrée dans le système de santé. Il est composé de tous les établissements sanitaires publics qui assurent une fonction de premier contact avec les usagers pour dispenser des prestations de type préventif, curatif, réadaptatif et promotionnel. Ce type d'établissements sanitaire désigné sous le terme « Établissements sanitaires de premier contact (ESPC) » regroupe les Dispensaires ruraux (DR), les Centres de santé ruraux (CSR), les Centres de santé urbains (CSU), les Centres de santé urbains spécialisés (CSUS) et les formations sanitaires urbaines (FSU). Les hôpitaux généraux (HG) constituent les structures hospitalières de référence du 1er niveau de la pyramide sanitaire nationale.

Le niveau secondaire constitue le niveau de référence immédiat du niveau primaire. Il comprend tous les établissements de soins publics possédant une capacité technique de diagnostic et de

traitement et assurant une fonction de premier recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau primaire. Ce niveau comprend les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et les Centres hospitaliers spécialisés (CHS) qui n'ont pas de statut d'établissement public national (EPN).

Le niveau tertiaire est constitué de toutes les structures sanitaires publiques assurant une fonction de second recours pour les cas ne pouvant pas être pris en charge par le niveau secondaire et possédant une capacité technique de diagnostic, de traitement, de formation et de recherche. Il comprend les Centres hospitaliers universitaires (CHU), l'Institut de cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut national d'hygiène publique (INHP), le Centre national de transfusion sanguine (CNTS), le Laboratoire national de santé publique (LNSP), l'Institut national de la santé publique (INSP), le Centre national d'oncologie et de radiothérapie Alassane OUATTARA (CNRAO), le Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et Le Centre national de prévention et de traitement de l'insuffisance rénale (CNPTIR).

Le dispositif d'offre de soins comprend aussi le secteur sanitaire privé qui s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires de toutes catégories. En outre, d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires. Pour renforcer le système de santé, des activités sont entreprises avec l'implication de la communauté.

L'évaluation de la SCP 2016-2020 a mis en exergue plusieurs réalisations de Bureau de l'OMS pour l'amélioration du système de prestations sanitaires. Malgré cela, les efforts doivent être poursuivis, car 56 % des Centres hospitaliers régionaux et 46,07 % des Hôpitaux généraux ont une performance

en qualité inférieure à celle recommandée (80 %) <sup>16</sup>. Par ailleurs, selon l'enquête SARA (2016), 43 % des ESPC ne disposent pas d'eau et 46 % des ESPC ne possèdent pas des directives en matière de lutte contre les infections.

L'enquête sur les indicateurs de prestations des services de santé (Services Delivery Indicators : SDI) réalisée en 2021 montre que :

- En milieu rural, 21,7 % d'établissements sont raccordés au réseau national de distribution d'eau SODECI et 79,7 % sont connectés au réseau électrique national ;
- Seuls 18,3 % des établissements sanitaires disposent d'ambulances fonctionnelles ;
- Seulement 11,7 % des établissements sanitaires disposent des « 7 matériels de base » dans leurs services : stéthoscope/stéthoscope obstétrical, doppler fœtal, tensiomètre, toise, pèse-personne adulte, thermomètre à infrarouge et balance enfant/accrochée (graduation 250g) ;

- Dans le secteur public, un personnel de santé sur trois était absent et un responsable de structure sanitaire sur trois était absent ;
- 1 établissement sanitaire sur 10 dispose d'incinérateur (10,9 %) ; cette proportion est de 12,1 % en milieu urbain, 8,6 % en milieu rural, 13,6 % dans le secteur public et 7,7 % dans le privé ;
- Parmi les établissements sanitaires réalisant des accouchements, 6 % ne disposent pas de table d'accouchement (7,1 % des établissements du milieu rural et 4,8 % en milieu urbain) ;
- Environ 1/4 des établissements (24,5 %) qui réalisent des accouchements n'ont ni salle de travail ni salle de suite de couche ;
- 46,6 % des établissements sanitaires disposent des quatre matériels essentiels pour le suivi des grossesses (tensiomètre, toise, pèse-personne-adultes et stéthoscope obstétrical/doppler fœtal) ;
- Parmi les établissements sanitaires réalisant des accouchements, 6 % ne disposent pas de table d'accouchement (7,1 % des établissements du milieu rural et 4,8 % en milieu urbain) ;
- 40 % des établissements qui font des accouchements ont leur salle de travail et salle de suite de couches séparées ;
- Environ 1/4 des établissements (24,5 %) qui réalisent des accouchements n'ont ni salle de travail ni salle de suite de couche ;
- 46,6 % des établissements sanitaires disposent des quatre matériels essentiels pour le suivi des grossesses (tensiomètre, toise, pèse-personne-adultes et stéthoscope obstétrical/doppler fœtal).

Ces constats montrent que malgré les importants investissements faits par l'État, la qualité des soins reste problématique et requiert des actions encore plus vigoureuses en particulier dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.

**Au niveau des infrastructures**, le nombre total d'ESPC est de 2311 et le **ratio ESPC - Population** est passé de 0,83 ESPC pour 10 000 habitants en 2016 à 1,29 ESPC pour 10 000 Habitants en 2020. Le **taux d'accès aux services de santé** est passé de 67 % en 2016 à 70,17 % en 2020<sup>17</sup>. Pour ce qui est de la médecine traditionnelle, on a enregistré en 2020, seulement 130 Centres de médecine traditionnelle (CMT) sur environ 3000 estimés<sup>18</sup>.

Malgré le nombre élevé d'établissements privés de santé répertoriés (1523), avec des associations et organisations à base communautaire (ABC/OBC) participant à l'offre de soins, surtout au niveau primaire, la faible accessibilité géographique aux services de santé demeure un obstacle majeur à l'utilisation des services par les populations.

En effet, le Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2020 mentionnait qu'il y avait environ 30 % de la population nationale vivant à plus de 5 kilomètres d'un établissement sanitaire. Le non-respect de la carte sanitaire dans l'implantation des établissements sanitaires publics en raison d'une multiplicité des interventions et la non-conformité de nombreux établissements sanitaires aux normes réglementaires applicables à la catégorie d'établissements à laquelle elles appartiennent constituent les principaux problèmes en matière d'infrastructures sanitaires.

En ce qui concerne les capacités opérationnelles de certaines infrastructures sanitaires, 28 % des hôpitaux généraux étaient dotés de blocs opératoires non fonctionnels. Concernant l'hygiène, 57 % des établissements sanitaires ne disposaient pas d'eau courante.

S'agissant de la maintenance des infrastructures et des équipements, seulement 24 % des régions sanitaires disposaient de Centres régionaux des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance (CRIEM) et seulement 3% des Districts sanitaires disposaient d'ateliers de maintenance des Districts (AMD) limitant ainsi la couverture nationale en maintenance.

**En ce qui concerne le laboratoire**, on peut noter l'existence d'un réseau de 11 laboratoires régionaux pour le diagnostic des maladies à fort potentiel épidémique. Cependant, il persiste des insuffisances relativement au système de laboratoire au plan national.

En effet, les normes et règles en matière d'installation des infrastructures et équipements de laboratoire ne sont pas respectées. Les services de laboratoires sont insuffisamment sollicités et utilisés par les programmes nationaux de santé. Les pratiques médicales telles que les dons d'organes et la prise en charge des cancers nécessitent un accompagnement en équipements et procédures de laboratoire avec du personnel dédiés à cet effet. On note également des insuffisances dans la maintenance des équipements de laboratoire, dont les techniciens et les ressources financières ne sont pas toujours disponibles.

---

17 PNDS 2021-2025

18 Répertoire national des Centres de Médecine Traditionnelle - CMT 2020

### 2.3.5 Médicaments et produits de santé

La politique pharmaceutique a été inscrite comme composante de la Politique nationale de santé dans la loi d'orientation de santé publique prise en 2019. La réforme du secteur pharmaceutique débutée depuis 2012 a conduit à la création de plusieurs entités à savoir, la Nouvelle pharmacie de la santé publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), l'Autorité ivoirienne de régulation pharmaceutique (AIRP), la Direction de l'activité pharmaceutique (DAP) et à la décentralisation de l'Ordre des pharmaciens, au renforcement du LNSP et à la décentralisation de la NPSP-CI.

La production pharmaceutique locale contribue encore faiblement à la satisfaction des besoins nationaux en produits de santé.

Le marché illicite et la contrefaçon des médicaments, estimés à environ 30 % du marché pharmaceutique national, sont une préoccupation pour l'État de Côte d'Ivoire.

Pour ce qui concerne les produits sanguins, le PNDS 2021-2025, indique que seulement 151 173 poches de sang avaient été collectées sur un besoin de 250 000 poches soit un écart de 98 827 poches en 2020, et ce, du fait de la non-atteinte de la norme OMS qui préconise que 1-3 % de la population puisse donner son sang au moins une fois dans l'année. Par ailleurs, pour la gestion des produits sanguins, une plateforme de gestion des produits de sang dénommée « e-Banque de sang » est encore en phase pilote et reste à être déployée.

Le recours croissant à la médecine traditionnelle a conduit l'État à encadrer ce secteur qui produit des médicaments traditionnels améliorés (MTA), distribués dans les herboristeries et unités de soins des praticiens de médecine traditionnelle.

Les principales faiblesses du secteur pharmaceutique se déclinent comme suit :

- Maturité moyenne du système réglementaire (niveau 2) ;
- Absence de cadre de concertation ;
- Système d'assurance qualité des produits de santé partiellement en place ;
- Chaîne d'approvisionnement publique insuffisamment performante, avec une faible disponibilité du médicament au dernier kilomètre ;
- Absence de prospective et de diversification des métiers et ressources humaines pharmaceutiques pour le développement du secteur pharmaceutique ;
- Sous financement des activités régaliennes du système réglementaire ;
- Absence de mécanisme de pérennisation des financements du secteur pharmaceutique (achat des produits...) ;
- Absence d'une politique pharmaceutique industrielle adoptée par les autorités ;
- Insuffisance de Médicaments traditionnels améliorés dans l'offre de soins ;
- Insuffisance en matière de recherche et de valorisation de ses résultats ;
- Insuffisance de moyens pour la lutte contre le marché illicite des médicaments ;
- Absence d'une politique nationale de promotion de l'usage rationnel des médicaments.





*Inauguration de la Vitrine des plantes médicinales au sein du Bureau de l'OMS, par le ministre de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture maladie universelle, M. Pierre Dimba*

### 2.3.6 Information sanitaire

La gestion du Système national d'information sanitaire (SNIS) de la Côte d'Ivoire est dévolue à la direction de l'Information sanitaire selon le décret No 2021-465 du 8 septembre 2021 portant organisation du ministère de la Santé. Le système d'information sanitaire est composé de sous systèmes d'information que sont le Système d'information sanitaire de routine (SISR), le Système de surveillance épidémiologique (maladies à potentiel épidémique, enquêtes et études) et le Système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (naissances et décès).

Pour la gestion de l'information sanitaire, l'appui au MSHPMU s'est matérialisé par l'actualisation des outils de gestion et le déploiement complet du logiciel DHIS2 dans les 33 régions sanitaires comme support de gestion de l'information sanitaire en vue de l'amélioration de la performance du SNIS.

Des efforts sont en cours en **matière de numérisation**, tirant leçon de la pandémie de COVID-19 et méritent d'être poursuivis. À cet effet, en 2020 et 2021, l'OMS a renforcé les capacités des 33 régions et des 113 districts sanitaires du pays, par la dotation en matériel de vidéoconférence pour les activités de formation à distance (e-learning) et de suivi-évaluation des performances du niveau décentralisé.



En ce qui concerne l'appui spécifique de l'OMS, la DIIS bénéficie depuis 2020 de l'assistance technique d'un consultant OMS expert en Système d'information sanitaire. Il s'agit pour l'OMS de renforcer les capacités de production, de coordination et d'analyse de l'information sanitaire en vue d'une aide à la décision en santé publique.

Cette assistance technique a permis de i) assurer la disponibilité d'un PSSIS 2021-2025, d'un Plan opérationnel 2021-2023 et d'un plan de suivi évaluation du PSSIS 2021-2025 ; ii) améliorer l'utilisation des données issues de l'analyse épidémiologique des rapports annuels des principaux programmes de santé (PNLP, PNLT, PNLS, PNSME, PNN, PEV, etc.) et, iii) appuyer les réunions mensuelles de la revue de la qualité des données de routine.

Les applications électroniques du SNIS pour le rapportage régulier des données sont :

- **DHIS2**, pour la gestion de données de routine, déployé dans toutes les DRS, DDS, CHR, HG et quelques ESPC ;
- **MAGPI**, pour les données de surveillance épidémiologique, déployé dans toutes les DRS, et DDS avec équipement des chargés de la surveillance en tablettes ;
- **E-SIGL**, utilisé par les clients directs de la NPSP pour la gestion des rapports de commandes ;
- **OPENELIS**, pour la gestion des données de laboratoire (charge virale et autres examens de routine), utilisé dans plus de 80 laboratoires ;
- **SIGDEP 2**, pour la gestion des données des patients vivants avec le VIH ;
- **DPI** (Dossier patient informatisé), pour automatiser le parcours du patient au sein d'un hôpital (en voie d'expérimentation) ;
- **Situation Room**, qui est une plateforme de visualisation de données de plusieurs sources , un tableau de bord facilitant l'analyse et la prise de décision ;
- **OpenHexa**, qui est une plateforme open source d'intégration des différentes sources de données et **Power Bi** pour la visualisation de ces données (paramétrage test fait au DHIS2 dans le cadre de la mise en place du tableau de bord MSHPCMU via la Direction générale de la santé 2021-2022).

L'élaboration et la diffusion de l'information sanitaire sont assurées à travers le Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) et la carte sanitaire actualisée.

Il existe un mécanisme permettant de disposer des données sanitaires des EPN hospitaliers, des établissements sanitaires de l'armée, d'intégrer progressivement les données des établissements sanitaires privés et lucratifs.

Un site **Web de la DIIS ([www.dipe.info](http://www.dipe.info))** et la mise en place d'une plateforme d'échange pour la mise à disposition et la diffusion des documents au grand public sont des avancées notables.

Cependant, le retard dans la production à temps et la diffusion des données sanitaires restent un défi majeur. En outre, l'insuffisance de rétro-information entre les régions et les districts d'une part

et entre les districts et les établissements de santé d'autre part est à améliorer (seulement 46 % des districts ont réalisé une rétro information à l'endroit des établissements de santé). Par ailleurs, l'insuffisance des capacités d'analyse des données sanitaires est à améliorer. D'une manière générale, les responsables sanitaires du niveau opérationnel utilisent peu leurs données pour la planification, car les plans élaborés découlent des directives et cibles fixées au niveau central par les programmes nationaux de santé<sup>19</sup>.

### 2.3.7 Recherche développement et innovations technologiques

**Concernant la recherche en santé<sup>20</sup>**, il existe un lien étroit entre la recherche et le développement à condition que la recherche soit bien organisée et que les résultats de recherches soient utilisés par les décideurs du système sanitaire. De 2016 à 2020, plusieurs enquêtes, études, évaluations et protocoles de recherches en santé ont été conduits dans divers domaines de la santé.

L'organisation de la recherche et l'utilisation des résultats pour le développement dans le contexte national sont faibles, voire inexistantes. Plusieurs raisons expliquent cet état de choses ; on peut citer entre autres :

- L'insuffisance de mécanismes institutionnels de coordination et d'orientation des activités de recherche en santé (cadre institutionnel et juridique) y compris la faiblesse voire l'inexistence de lien entre institutions de recherche et décideurs du secteur de la santé ;
- Et l'insuffisance de moyens matériels et financiers et l'inadéquation des procédures budgétaires et de gestion financière avec les exigences de la recherche en santé.

Pour remédier à ces insuffisances, il y a lieu de i) renforcer les mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé ; ii) et promouvoir et vulgariser les acquis de la recherche en santé.

### 2.3.8 Profil sanitaire

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est marqué par la persistance des maladies transmissibles et non transmissibles. Selon la Banque Mondiale, le taux de mortalité générale en Côte d'Ivoire en 2020 était de 10 pour 1000 personnes. La part des affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles représentait 52 %, celle des maladies non transmissibles 37 % et les 11 % restant représentaient les traumatismes.

---

<sup>19</sup> Rapport PRISM 2018

<sup>20</sup> PNDS 2021-2025

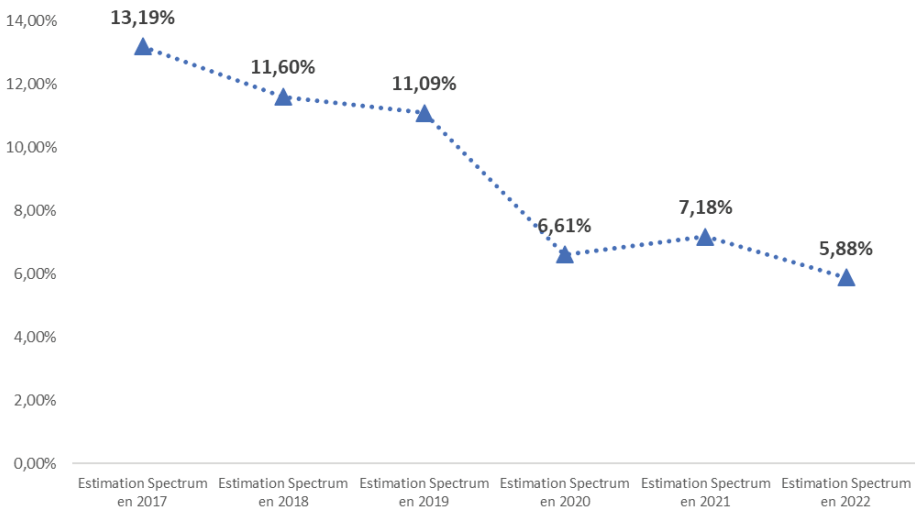
### 2.3.8.1 Charge des maladies transmissibles

Le rapport du SPECTRUM de 2022 indiquait, sur la période 2016-2021, une baisse de la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire passant de 2,78 à 1,94 % couplée à une baisse des nouvelles infections (17 330 c. 5533) et de nombre de décès liés au SIDA (18 894 c. 8837).

La couverture du traitement antirétroviral est passée de 42 à 77 % et la suppression virale 80 à 83,84 %. Néanmoins, le VIH reste un problème de santé publique majeur avec en 2021 un total de 379 245 PVVIH dont 18 099 enfants, 250 464 femmes et 128 781 hommes.

L'épidémie reste concentrée dans les populations clés selon les catégories (HSH : 6,15 % ; TS 4,74 % ; TG : 6,74 %), avec une prédominance féminine (66 % des nouvelles infections) et une disparité dans la couverture du traitement antirétroviral.

**Graphique 6 : Estimation du taux de TME du VIH entre 2017 et 2022, Spectrum 2023**



Source : Analyse Spectrum 2021

La tuberculose constitue une préoccupation majeure dans le pays.

Selon le rapport mondial de l'OMS publié en 2022, le profil pays de la tuberculose pour l'année 2021, indiquait un total de 21 072 cas dépistés dont 1 232 enfants, 507 cas de multirésistants et un taux de succès thérapeutique de la tuberculose pharmacosensible de 84 %, proche de la cible de 88 % fixée par le Programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT).

Le dépistage du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose toutes formes confondues (nouveaux cas et rechutes) était réalisé chez 99 % des cas avec un taux de co-infection TB/VIH à 13 %. Les taux d'incidence (nouveaux cas et rechutes de toutes formes) et de la mortalité ont baissé entre 2016 et 2021 respectivement de 30,5 % et de 20 %.

Le taux de mortalité attribuable à la tuberculose est de 28 pour 100 000 habitants.

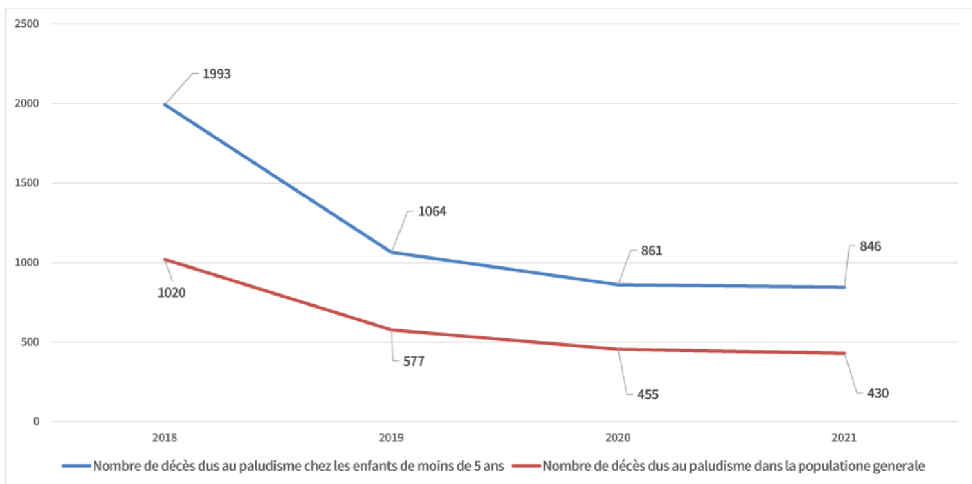
Les données du Scorecard de l’OMS de 2021 montraient une prévalence de l’hépatite B estimée à 10,7% dans la population générale et à 3,4% chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence de l’hépatite C, était estimée à 2% chez les donneurs de sang selon le Programme National de lutte contre les Hépatites Virales (PSN PNLHV 2019- 2022).

En Côte d’Ivoire, le virus de l’Hépatite B est la première cause de Cancer Primitif du Foie, la 4e cause de cancer toutes localisations confondues et la 2e cause de cancer chez l’homme. La séroconversion antigène HBs chez les donneurs de sang est de 700 pour 100000 habitants. Le PNLHV est en cours d’élaborer un plan stratégique de lutte contre les hépatites avec l’appui de l’OMS en vue de contribuer à l’objectif mondial de l’élimination de l’hépatite virale d’ici 2030.

Le Paludisme est une préoccupation majeure de santé publique dans le profil épidémiologique de la Côte d’Ivoire. En effet, entre 2016 et 2020, en dépit des efforts ayant abouti d’une part, à une régression de la prévalence parasitaire de 37% à 26% chez les enfants de moins de 5 ans et d’autre part à une réduction du nombre de décès liés au paludisme dans la population générale de 3340 à 1315 pour 100 000 habitants sur la même période (MICS 2016 et EDS 2021), on note une augmentation de l’incidence du paludisme, de 154,58% à 173,43% dans la population générale et de 286,87% à 440,97% chez les enfants de moins de 5 ans (RASS 2020).

Pour relever le défi lié aux décès des enfants de moins de cinq ans (66%) (Cf. Graphique7), il importe de renforcer des interventions de proximité (consultations en stratégies avancées, activités communautaires, etc. qui permettront une prise en charge précoce des cas.

**Graphique 7 : Décès dus au paludisme chez les moins de 5 ans et dans la population générale de 2018 à 2021**



Source: DIIS, RASS 2020

**Tableau N°1 : Endémicité des Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive**

MTN / Indicateur	Filariose lymphatique	Onchocercose	Schistosomiase	Géo- Helminthiases	Trachome
Nombre de districts sanitaires endémiques	99	97	113	113/40*	40
Nombre total de districts sanitaires cartographiés	113	113	113	113	57**
Proportion d'endémicité (%)	83,92%	85,84	100	100	70,17

Source : Rapport annuel 2021 du Programme chargé des MTN à Chimio prophylaxie Préventive :

\* 40 districts ont une prévalence > 20% donc hyper-endémiques aux géohelminthiases

\*\* au moment du Rapport (2021), 57 districts sanitaires étaient déjà cartographiés pour le trachome et 11 étaient en cours de cartographie. à la date de décembre 2022, 68 districts sanitaires ont été cartographiés.

Pour les **MTN à prise en charge des cas**, le RASS 2020 indiquait les données suivantes :

- Le nombre de cas de **lèpre** dépistés dans 53 districts sanitaires avait continué à baisser jusqu'à atteindre 515 cas en 2020 contre 650 cas en 2018 et l'on avait noté une persistance des cas pédiatriques et des infirmités de degré 2 (20,97 % en 2020) ;
- L'incidence en 2020 de **l'ulcère de Buruli** était de 0,88 pour 100 000 habitants contre deux cas pour 100 000 habitants en 2016 ;
- 1538 nouveaux cas de **Pian** avaient été notifiés soit une incidence de 5,81 pour 100 000 habitants ;
- Aucun cas de **dracunculose** (ver de Guinée) n'avait été confirmé depuis 2017 si bien que le statut de pays certifié libre de transmission de la dracunculose a été maintenu ;
- L'OMS avait validé, en décembre 2020, la certification de la Côte d'Ivoire comme pays ayant éliminé la **THA**.



Séance de sport avec quelques membres du Gouvernement à l'occasion de la célébration « Octobre rose », de lutte contre le cancer du sein

### 2.3.8.2 Charge des Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale

Selon l'analyse situationnelle du PNDS 2021-2025, les décès causés par les maladies non transmissibles représentent 37 % de l'ensemble des décès enregistrés<sup>21</sup>, avec comme principales causes les affections cardiovasculaires (15 %), les accidents de la voie publique (AVP) (10 %), le cancer (4 %), les maladies respiratoires chroniques (2 %), le diabète (2 %) et les autres MNT (14 %). La prévalence du diabète et de l'HTA reste importante chez les personnes âgées de 20 à 79 ans avec des taux respectifs de 6,2 % et de 39,92 %.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique est de 39 % chez les populations de 60 ans et plus.

À la fin de l'année 2021, le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente d'une hémodialyse était de 441.

La prévalence des déficiences visuelles estimée à 16,9 % est due à des causes variées (troubles de la réfraction non corrigée, glaucome, cataracte, opacité cornéenne, rétinopathie diabétique, dégénérescence maculaire liée à l'âge).

En Côte d'Ivoire, environ vingt mille (20 000) patients atteints de drépanocytose sont enregistrés et suivis dans trois CHU d'Abidjan (Cocody, Treichville et Yopougon) et le CHU de Bouaké<sup>22</sup>. Les hémoglobinopathies en général ont une prévalence de portage de l'anomalie génétique de 15,07 %, dont 12 % pour la drépanocytose.

Pour le cancer, le nombre de nouveaux cas en 2020, est estimé 17 300 en Côte d'Ivoire avec 11 760 décès, selon l'observatoire mondial du cancer<sup>23</sup>. Cette mortalité est en grande partie liée à l'ignorance de la maladie cancéreuse et au diagnostic tardif dans près de 75 % des cas.

Tous sites et tous sexes confondus, le cancer du sein est le plus fréquent (19,1 %), suivi des cancers de la prostate (15,9 %), du col de l'utérus (11,9 %), du foie (6,6 %) et des lymphomes non hodgkiniens (4,9 %). Chez la femme, les cancers du sein et du col de l'utérus sont les plus diagnostiqués ; les taux d'incidence standardisés sont respectivement de 44,7 et 31,2 pour 100 000 femmes.

Chez l'homme, les cancers de la prostate (48 pour 100 000) et du foie (10,1 pour 100 000) occupent les deux premiers rangs en termes d'incidence (Globocan, 2020).

Chez l'enfant, en moyenne 170 nouveaux cas de cancer sont recensés chaque année (171 cas en 2018 ; 179 en 2019 et enfin 149 en 2020). La réduction relative des cas incidents en 2020 est principalement attribuable à la baisse globale des consultations hospitalières à cause de la pandémie de COVID-19. En termes de fréquence, le lymphome de Burkitt vient en première position, suivi de la leucémie, du rétinoblastome, du néphroblastome et de la maladie de Hodgkin<sup>24</sup>.

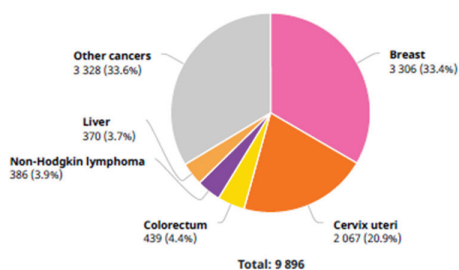
<sup>21</sup> [OMS- Profils des pays pour les maladies non-transmissibles (MNT), 2018]

<sup>22</sup> Sekongo Y.M., Kouamenan S., Siramsy B. L. and al. Prévalence of abnormal hemoglobin in Gendarmerie. Barracks in Abidjan, Côte d'Ivoire. American journal of clinical an experimental Medecine Vol1, N°3, 2013 pp 58-61

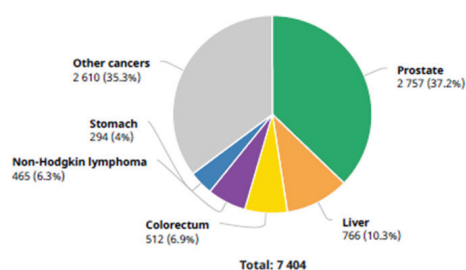
<sup>23</sup> [Côte d'Ivoire, Globocan 2020]

<sup>24</sup> [Registre du Cancer d'Abidjan, 2018]

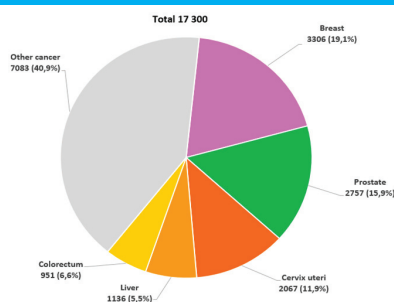
Graphique 8 : Incidence des cancers en 2020 chez les femmes



Graphique 9 : Incidence des cancers en 2020 chez les hommes



Graphique 10 : Incidence des cancers en 2020 pour les deux sexes et pour tous les âges



Source : Côte d'Ivoire, Globocan 2020

Les défis majeurs dans le domaine des MNT restent d'une part, l'intégration des interventions et d'autre part la disponibilité des données. En effet, de nombreux programmes verticaux ont été créés pour traiter l'ensemble des maladies non transmissibles à l'échelle du pays. Les efforts d'intégration des interventions ont permis d'élaborer d'abord un Plan stratégique intégré national de lutte contre les MNT en Côte d'Ivoire pour la période 2015-2019, puis un plan pour la période de 2022 -2025 ; cependant des défis importants subsistent du fait des cloisonnements.

Par ailleurs, depuis l'enquête STEPS réalisée en 2005<sup>25</sup>, le pays n'a pu mobiliser les ressources nécessaires pour initier une nouvelle enquête et actualiser les données globales des MNT. Si des efforts ont été déployés pour intégrer dans le DHIS2 des indicateurs de suivi de routine des MNT, la production de données globales par les enquêtes reste un défi.

**Dans le domaine de la santé mentale**, le nombre de patients pris en charge dans les structures psychiatriques (hospitalières et ambulatoires) était de 32 460 en 2021. On note une absence de données épidémiologiques sur les troubles mentaux dans la population générale. Une étude cartographique dénombre 35 structures de santé mentale conventionnelles contre 541 structures non conventionnelles (Enquête de 2021<sup>26</sup>).

L'INSP constitue le seul centre de référence de prise en charge de l'autisme. Les ressources humaines en santé mentale sont insuffisantes avec un faible niveau de couverture des services

<sup>25</sup> Rapport d'activités du PNSM 2021

<sup>26</sup> Koua et al. Survey of no conditional mental health care facilities in Côte d'Ivoire: first stage. International journal of mental Health system (2021)



de santé mentale dans les Districts sanitaires. Les assurances et mutuelles de santé ne prennent pas en charge les frais de soins psychiatriques. Le niveau de disponibilité des médicaments psychotropes est faible avec de nombreuses ruptures. L'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires et communautaires est faible dans le pays. Il existe néanmoins un projet pilote depuis 2018 dans la Région sanitaire de Gbêkê.

### 2.3.8.3 Déterminants sociaux de la santé

En ce qui concerne **les actions sur les déterminants sociaux de la santé**, en Côte d'Ivoire, la plupart des maladies non transmissibles (**MNT**) sont fortement associées à quatre facteurs de risque majeurs et communs qui sont liés aux comportements à savoir : la consommation du tabac, l'inactivité physique, l'alimentation déséquilibrée et l'usage nocif de l'alcool.

Ainsi, l'enquête MICS 2016 indiquait que la prévalence du **tabagisme** était de 17,1 % chez les hommes et de 0,6 % chez les femmes, dans la population des 15 à 49 ans.

Quant à **l'alcoolisme**, la prévalence au niveau de la même tranche d'âge, est de 33,2 % chez les hommes et de 12,5 % chez les femmes. Relativement à la toxicomanie, une analyse situationnelle faite à Abidjan en 2014 avait dénombré 1416 usagers de drogue en majorité des hommes (91,5 %) : le **cannabis** était la drogue la plus consommée (82,7 %) et 1,6 % utilisaient des drogues injectables<sup>27</sup>.

En matière de promotion de **l'activité physique**, les estimations de l'OMS de 2016 établissaient la sédentarité chez les personnes âgées de 18 ans et plus à 31 % avec 27 % des hommes et 35 % des femmes<sup>28</sup>.

La situation nationale en ce qui concerne la **nutrition** est décrite par l'EDS 2021<sup>29</sup>. Il en ressort que 23 % des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance ou sont atteints de malnutrition chronique et 8 % ont un retard de croissance sévère, sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë et 2 % présentent une forme sévère. Par ailleurs, 3 % des enfants sont en surcharge pondérale.

Pour la **santé-environnement**, le pays s'est doté, en 2016, d'une Politique nationale santé-environnement (PNSE) et d'un Plan national de gestion des déchets sanitaires (PNGDS 2016-2020). En ce qui concerne la gestion des déchets biomédicaux, la proportion de districts/régions sanitaires disposant d'incinérateurs fonctionnels est de 79 % en 2022.<sup>30</sup> Le défi majeur est de doter l'ensemble des Districts sanitaires d'incinérateurs.

<sup>27</sup> Référence pour l'étude MdM sur la toxicomanie

<sup>28</sup> [OMS - Profils des pays pour les maladies non-transmissibles (MNT), 2018]

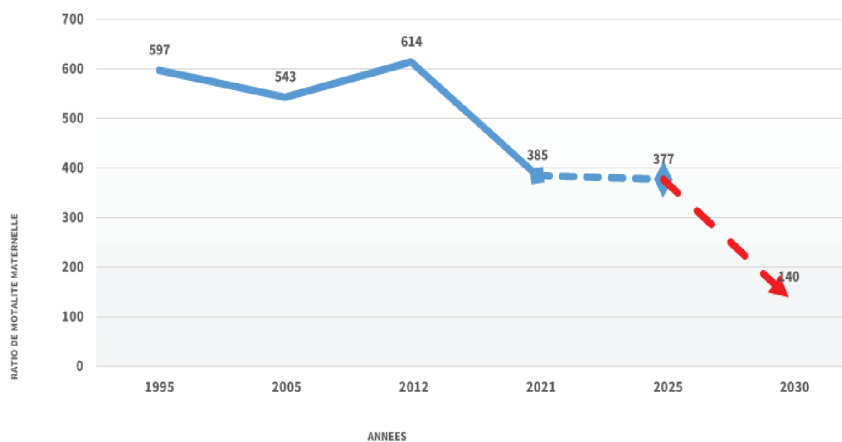
<sup>29</sup> Données de l'EDS 2021

<sup>30</sup> PNDS 2021-2025

### 2.3.8.4 La santé tout au long de la vie

**Santé maternelle** : Entre 2012 et 2021, le ratio de mortalité maternelle estimé a baissé, passant de 614 à 385 pour 100 000 naissances vivantes soit un taux annuel moyen de réduction appréciable de 3,7 contre 0,8 entre 2005 et 2012.

**Graphique 11 : Evolution du Ratio de Mortalité Maternelle entre 1995 et 2021 et comparativement à la cible 2025 du PNDS**



Source : EDS 1995, EIS\* 2005, EDS 2012, EDS 2021

En 2005, l'Enquête sur les indicateurs du SIDA avait incorporé l'estimation du ratio de mortalité maternelle selon la méthodologie de l'EDS.

Avec un ratio de 385 décès maternels pour 100 000 NV en 2021, la cible de 140 devra être atteinte avec une réduction globale de 63 % entre 2023 et 2030. Ce qui représente un effort annuel de 8 %. Il sera nécessaire de renforcer et de passer à échelle les interventions à haut impact. En effet, l'atteinte de 377 décès maternels en 2025 comme défini dans le PNDS ne nécessite que 2 % de progression globale ce qui est très loin de 8 % annuel.

**Graphique 12 : Évolution des couvertures de soins prénatals, accouchements assistés par un personnel qualifié et soins postnatals**



Source : RASS 2020

Malgré une amélioration progressive de la couverture de certaines interventions à haut impact (graphique 12), la mortalité maternelle reste toujours très élevée. En effet, une proportion de 94 %<sup>31</sup> des femmes entre en contact avec un personnel qualifié<sup>32</sup> au moins une fois durant la grossesse mais cette opportunité n'est pas saisie pour fidéliser les femmes, leur offrir des soins maternels respectueux et renforcer la qualité des soins tout au long de la grossesse et de l'accouchement.

Par ailleurs, la prise en charge de qualité des complications obstétricales, reste un défi majeur. L'enquête rapide SONU 2017, indiquait que sur les 412 potentielles SONUB seulement 18 structures (soit 4,4 %) offrent entièrement les sept fonctions des SONUB. Aussi, sur 100 structures de référence, seuls 11 établissements offraient les 9 fonctions SONU complet soit (11 %).

L'OMS a soutenu les efforts du pays à travers un appui technique dans l'élaboration des stratégies nationales de la santé mère enfant 2016-2020 et 2021 – 2025. L'appui à la mise en œuvre se poursuit à travers la mise à jour des directives<sup>33</sup>, outils techniques<sup>34</sup> et standards<sup>35</sup> ainsi que le renforcement des capacités des acteurs, la mise en place de mécanismes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des soins y compris le renforcement des performances de la surveillance des décès maternels et périnataux et riposte (SDMPR). Un accent particulier sera mis sur l'intégration effective des interventions de la stratégie globale d'élimination des décès maternels évitables (EPMM) dans l'opérationnalisation des plans existants. L'OMS dans le cadre du GSS va continuer de soutenir la coordination des partenaires du GTT mère-enfant.

Pour ce qui est de la **santé sexuelle et reproductive**, l'accès équitable à la planification familiale et aux services de SSR en général demeure un défi, en particulier pour les adolescents et les jeunes.

**Graphique 13 : évolution de l'utilisation de la contraception**



Source: EDS 1994, EDS 1999, EDS 2012, EDS 2021, Cible 2025 (PNDS)

<sup>31</sup> EDS 2021

<sup>32</sup> Médecin, infirmier, sage-femme, aide-soignant

<sup>33</sup> Standards de soins maternels, néonataux, infantiles et des adolescents utilisant le cadre conceptuel de l'OMS de la qualité des soins

<sup>34</sup> Directives relatives aux soins antenatal y compris les soins respectueux, intrapartum, postnatals, prise en charge des complications obstétricales, avortement sécurisé, auto soins, contraception post partum /post abortum et de longue durée d'action

<sup>35</sup> Outils : plan d'accouchement, nouveau partogramme, outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins de l'OMS

<sup>35</sup> Standards de soins maternels, néonataux, infantiles et des adolescents utilisant le cadre conceptuel de l'OMS de la qualité des soins

En 27 années la couverture en planification familiale, notamment en contraception moderne est passée de 4 à 18 % soit un gain de 14 points seulement et un taux de progression annuel de 2,85 %. Avec un tel faible taux annuel de progression, en 2025, l'estimation de couverture de la Planification familiale sera de 20,15 %. Ainsi, l'atteinte de la cible fixée restera un des défis à relever pour les trois prochaines années.

La faible utilisation de la contraception moderne a pour corollaire un taux élevé de grossesses non désirées et d'avortements non sécurisés, et s'explique par les lacunes telles que les services non adaptés aux adolescents et jeunes, l'offre limitée des méthodes contraceptives à longue durée d'action et dans le post-partum ainsi que la faible distribution à base communautaire des contraceptifs.

L'appui de l'OMS s'est focalisé sur l'introduction de la planification post-partum dans les paquets de soins et dans la formation de base en vue de mieux cibler les femmes dans le post-partum et post-abortum, mais aussi les femmes vivant avec le VIH qui constituent des cibles avec des besoins en matière de contraception très importants.

L'OMS va poursuivre et renforcer son accompagnement au pays en consolidant la synergie d'action avec les partenaires techniques et financiers pour renforcer les capacités techniques des prestataires en matière d'offre de services appropriés aux adolescents et jeunes.

Ainsi seront assurées la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives modernes et la distribution aussi bien au niveau des structures de santé, des pharmacies et dans la communauté, mais aussi en tenant compte des disparités en vue d'atteindre la Couverture sanitaire universelle, en particulier les adolescentes dont les besoins non satisfaits (BNS) sont les plus importants (22 %) EDS-CI 2021.

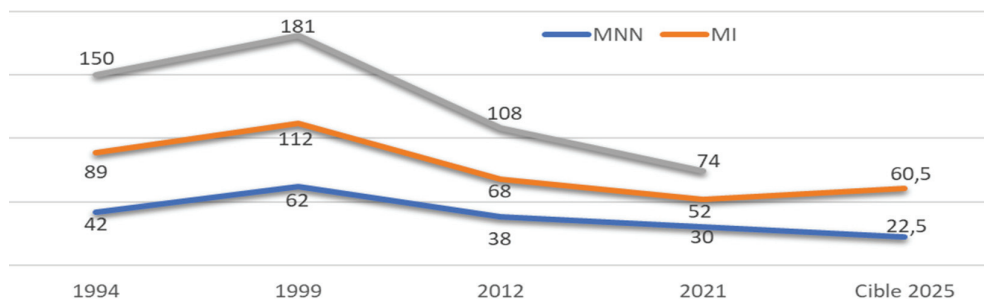
**Santé néonatale et infantile** : Le pays connaît une baisse de la mortalité néonatale et infantile depuis 1999. Cependant les défis restent importants si le pays veut atteindre la cible de 12 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030.

Selon les EDS-CI de 1999, 2012 et 2021, la mortalité néonatale est respectivement de 62 ‰, 38 ‰ et 30 ‰ soit un taux de régression de 51,6 % en 22 ans. Cela représente une régression annuelle moyenne de 1,9 %. À ce rythme, la cible 22,5 ‰ du PNDS tout comme celle de 12 ‰ en 2030 dans le cadre de l'ODD 3 seront difficilement atteintes.

Sur la même période de 1999, 2012 et 2021, la mortalité infantile est passée respectivement de 112 ‰ à 68 ‰ puis à 52 ‰. Pour atteindre la cible de 25 ‰ en 2030, le pays devrait avoir un taux de régression global minimum de 52 % entre 2021 et 2030, soit une régression moyenne annuelle de 5,77 % entre 2022 et 2030. L'amélioration de la qualité des soins offerts aux nouveau-nés nécessite un renforcement des capacités des prestataires, notamment dans la prévention et la prise en charge de la prématurité, des petits poids de naissance et de l'asphyxie. Aussi, il est important d'assurer la disponibilité continue des médicaments essentiels, des intrants et des équipements.

La réanimation du nouveau-né est pratiquée dans seulement 39 % des établissements sanitaires. Aussi, seulement 29 % des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont traités avec les antibiotiques (Amoxicilline) et 11 % des diarrhées traitées avec la solution de réhydratation orale (SRO) et le zinc.

**Graphique 14 : Évolution du taux de mortalité néonatale et infantile entre 1999 et 2021, comparativement à la cible 2025 du PNDS**



Source : PNDS 2021-2025

Afin de contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux, l'OMS va accompagner le MSHPCMU et travailler de manière coordonnée avec les partenaires et la société civile en vue d'éliminer les principales causes de décès néonataux et infantiles à savoir la prématurité, l'asphyxie, l'infection néonatale, la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et la diarrhée. Les interventions clés porteront sur l'intégration effective des orientations de l'ENAP (Plan pour mettre fin aux décès néonataux évitables) dans les plans existants et la mise en œuvre de la PCIMNE aussi bien au niveau clinique qu'au niveau communautaire.

De manière générale, les objectifs de la SRMNIA seront atteints avec des efforts concertés et cohérents pour le renforcement du système de santé. En vue de renforcer les acquis des cinq dernières années dans le domaine de la SRMNIA, les progrès devront être soutenus avec l'implication de toutes les parties prenantes. Il est important de mettre en place un cadre réglementaire qui tienne compte de toutes les étapes de la vie pour la promotion et la mise à l'échelle d'interventions à haut impact sur la mortalité et la morbidité des femmes et des enfants.

Pour ce faire, il faut adopter une approche qui repose sur des données factuelles, la disponibilité de personnels bien formés et en nombre suffisant, un mécanisme de financement qui garantit que les services de santé reproductive, maternelle et infantile sont pris en compte dans le cadre de la CSU. À cela s'ajoute la disponibilité des médicaments et des produits essentiels pour la SRMNIA, l'opérationnalisation de la politique nationale de délégation des tâches, le renforcement des capacités des communautés pour un meilleur engagement, la fonctionnalité des systèmes de référence et contre référence (pôles sanitaires) et la qualité des soins apportés aux mères et aux enfants, la santé sexuelle et reproductive en particulier chez les adolescents et les jeunes, le renforcement de la SDMPR.

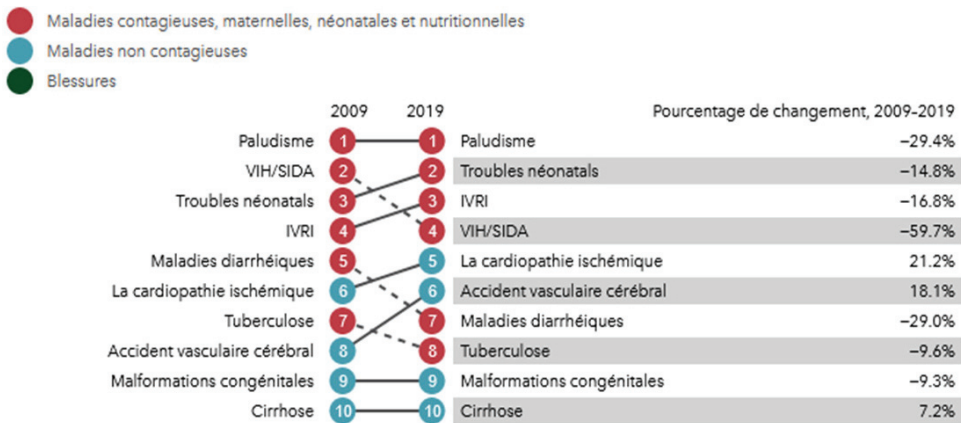
**Nutrition** : Selon les données de l'EDS 2021, une proportion de 23 % des enfants de moins de 5 ans présente une malnutrition chronique et 8 % une malnutrition aiguë. Malgré tous les efforts du Gouvernement ivoirien et de ces partenaires, la prise en charge de la malnutrition n'est effective que dans 46,45 % des structures. L'objectif du Gouvernement pour les années à venir est l'extension de celle-ci à l'ensemble des régions sanitaires pour atteindre 100 % de couverture d'ici 2025.

Certaines améliorations sont à noter notamment la baisse du taux d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans qui est passé de 75 % en 2012 à 68 % en 2021, la pratique de l'allaitement exclusif chez les moins de 6 mois qui est passé de 12 % en 2012 à 34 % en 2021. À cet effet, il est important de poursuivre le renforcement des services d'alimentation de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (AMNJE).

L'OMS en partenariat avec l'UNICEF va maintenir son appui au MSHPCMU ainsi qu'aux différentes structures impliquées dans la nutrition à travers : i) la diffusion et l'appui à la mise en œuvre des normes et directives en matière d'alimentation saine du nouveau-né, du nourrisson, de la mère et de l'enfant y compris la mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; ii) le renforcement du volet nutrition dans le système national d'information sanitaire et iii) le renforcement de la sécurité nutritionnelle par l'élaboration des normes ivoiriennes sur les fruits et légumes.

Les 10 causes les plus importantes de décès en 2019 et le pourcentage de changement entre 2009 et 2019 sur toutes les catégories d'âges confondus sont reprises sur la figure ci-dessous (source <https://www.healthdata.org/Côte-d'Ivoire>) :

**Figure 2 : Côte d'Ivoire, 10 causes importantes de décès 2009-2019**



**Santé des personnes âgées** : Selon les projections de l'Institut National de la Statistique, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 4 % de la population générale<sup>36</sup>. Entre 1998 et 2020, le nombre de personnes âgées s'est accru de 2,6 % en moyenne chaque année. En projetant cette accélération du rythme du fait de la baisse de la fécondité, il apparaît nécessaire de mieux prendre en considération les problèmes sanitaires relatifs au vieillissement actuel de la population de la Côte d'Ivoire de sorte à adopter les mesures idoines.

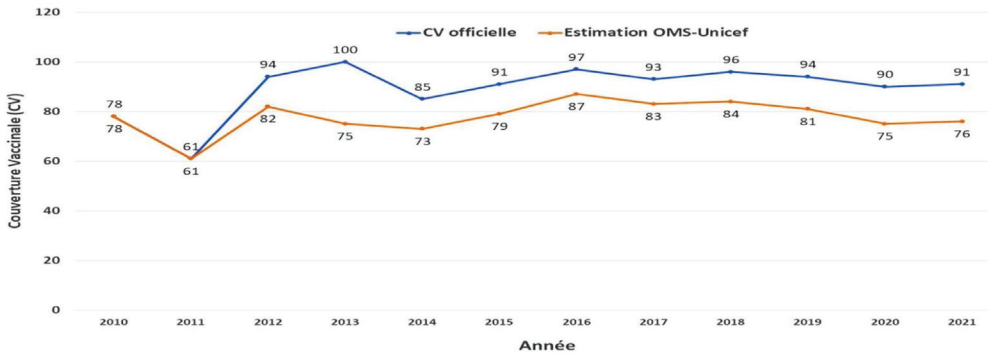
Ainsi, l'OMS va promouvoir un cadre multisectoriel pour la santé et le bien-être des personnes âgées dans des conditions de vie empreintes de dignité, d'équité et de reconnaissance. À cet effet, l'OMS soutiendra le MSHPCMU dans la mise en œuvre d'interventions concrètes et concertées en cette décennie 2021-2030 pour le vieillissement en bonne santé.

36 Estimation RGPH 2021



**Vaccination** : D'importants efforts ont été consentis en matière de vaccination en Côte d'Ivoire en vue d'améliorer les couvertures vaccinales pour la vaccination systématique comme l'illustre le graphique ci-dessous.

**Graphique 15 : Évolution de la couverture vaccinale (officielle et estimée) de la 3e dose du DTC3 2010-2021**



Source : Estimation de la couverture vaccinale OMS-UNICEF, 2021

Cette performance a connu une baisse en 2020 du fait de la pandémie à la COVID-19. Aucune couverture vaccinale des antigènes clés chez les enfants de moins d'un an n'a atteint l'objectif national qui est de 95 %. On enregistre pour le vaccin BCG (84,5 %), le vaccin pentavalent 3 (89,8 %), la rougeole/rubéole (85,9 %), le VAA (85 %), le VPO3 (83,5 %) et le VPI (88,2 %).

Malgré les bonnes performances observées au niveau national avant la pandémie de COVID-19, il apparaît nécessaire de noter les disparités observées au niveau des districts où il y a encore des cibles non atteintes ou incomplètement vaccinées.

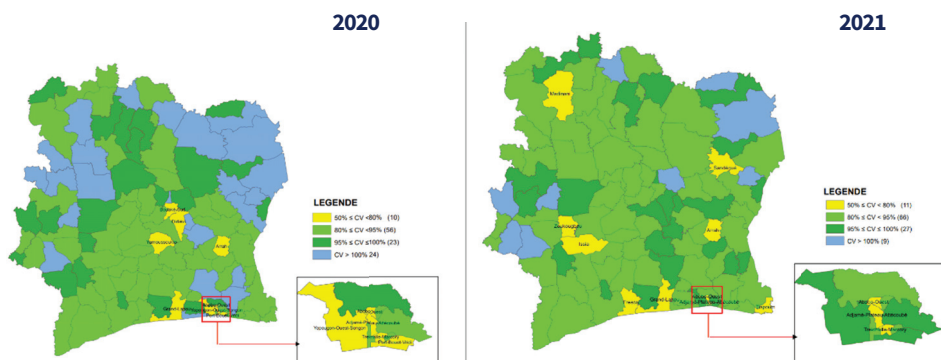
En effet, l'étude sur l'équité en matière de vaccination réalisée en 2019 avait révélé que des populations cibles non vaccinées ou incomplètement vaccinées vivaient dans les campements en zone forestière, zone urbaine ou périurbaine de 42 districts répartis sur les 20 régions sanitaires du pays<sup>37</sup>.

Aussi, l'enquête de couverture vaccinale conduite en 2021 a montré entre autres résultats qu'un enfant de 12 à 23 mois sur cinq n'avait pas achevé la série vaccinale et qu'environ 5 % d'entre eux étaient zéro-dose.

Les données administratives de 2020 et 2021 confirment cette disparité de la couverture vaccinale au niveau des districts, telles que montrées par les graphiques ci-dessous.

<sup>37</sup> Analyse de l'équipe en matière de vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes en Côte d'Ivoire

**Figure 3 : Cartes des couvertures vaccinales des enfants complètement vaccinés par districts sanitaires en 2020 et 2021**



Source : Base de données Direction de Coordination du PEV, 2020-2021

La réduction des « enfants zéro-dose » ou insuffisamment vaccinés constitue le défi majeur à relever par le Programme élargi de vaccination (PEV) en Côte d’Ivoire.

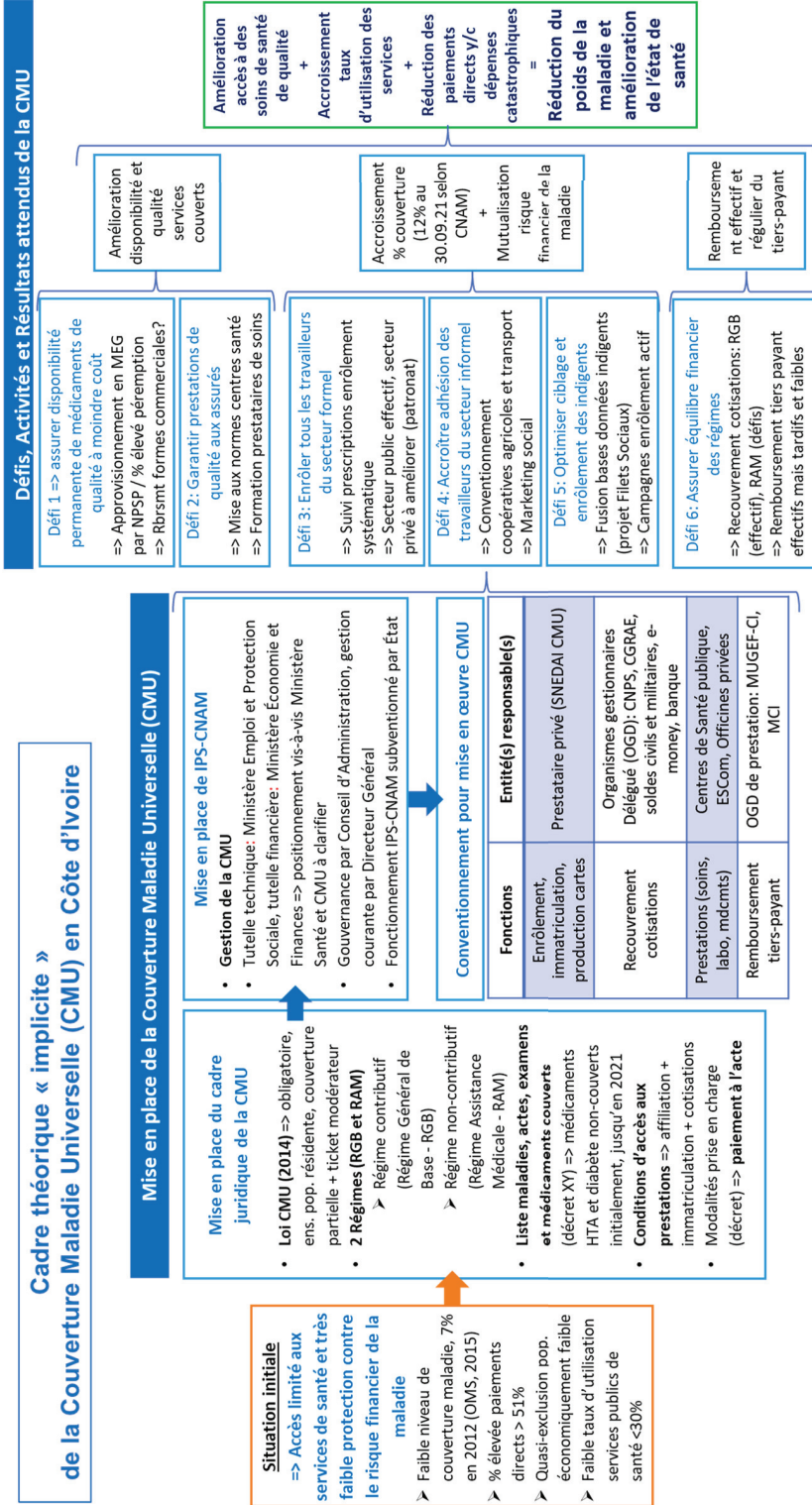
### 2.3.9 Couverture sanitaire universelle

L’élaboration d’une Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la Couverture sanitaire universelle (SNFSCSU, 2012), l’adoption d’une Stratégie nationale de protection sociale (SNPS, 2014) et l’adoption de la Loi No 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la Couverture maladie universelle (2014) traduisent la volonté de l’État d’atteindre les objectifs suivants en matière de CSU : i) étendre la couverture sociale aux secteurs informel et rural, ii) améliorer la qualité des prestations, iii) mettre en œuvre la Couverture maladie universelle (CMU), iv) revoir la gouvernance de l’ensemble de la protection sociale.

La CMU a pour objectif de garantir à l’ensemble des populations résidant en Côte d’Ivoire des soins de qualité dans des conditions financières soutenables. Les approches stratégiques identifiées visent à répondre aux principaux besoins de santé en mettant l’accent sur les principes d’équité et de solidarité citoyenne. Cependant, le pays doit relever de multiples défis pour améliorer l’effectivité, l’efficacité et la qualité des prestations afin de remédier à l’ensemble des problèmes de santé : la part encore élevée des paiements directs, l’insuffisance des dépenses de santé, l’accès limité aux médicaments et l’inégale répartition géographique des ressources humaines constituent des goulots d’étranglement majeurs à tous les niveaux.

Les figures ci-dessous synthétisent les principales étapes, les défis et les résultats attendus de la CMU.

Figure 4 : Cadre théorique de la Couverture maladie universelle (CMU) en Côte d'Ivoire



Source : Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), 2021

## Caractère transitoire de la gratuité ciblée

La phase de mise en œuvre de la CMU a débuté le 16 novembre 2018 par des prestations en faveur des populations économiquement faibles puis la phase de généralisation des prestations est intervenue le 1er octobre 2019.

Les données nationales du MSHPCMU et de la CNAM font état, en décembre 2022, de i) 36 % des établissements sanitaires offrant effectivement les prestations de la CMU, ii) 734 références médicamenteuses remboursables, réparties en 27 classes thérapeutiques iii) huit groupes de prestations médicales et chirurgicales, iv) 12 % de la population effectivement enrôlée et disposant de la carte CMU et v) 7 % des personnes disposant de la carte CMU et ayant effectivement bénéficié des prestations dont 5 % d'indigents.

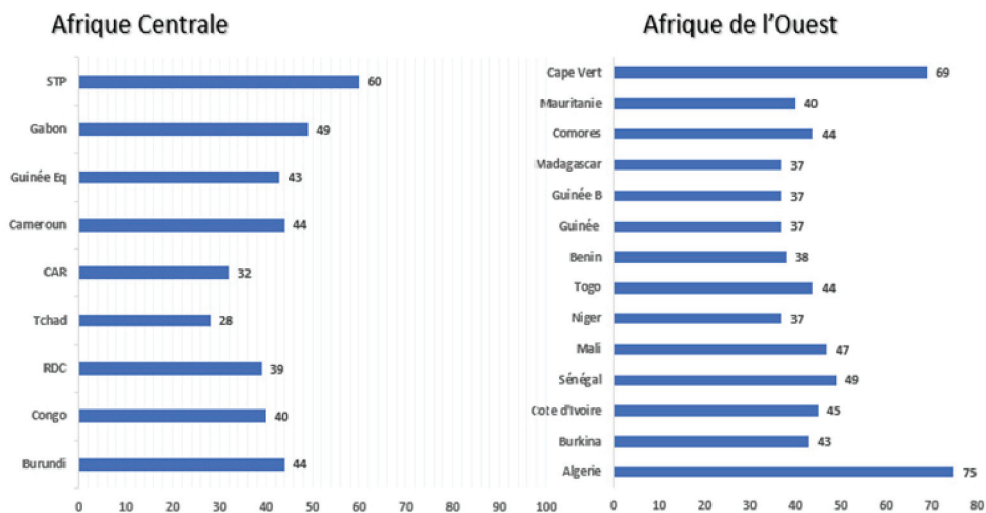
On peut dire que la Côte d'Ivoire a enclenché la marche vers la CSU et les défis actuels à relever sont :

- L'extension de la CMU à un plus grand nombre de personnes surtout les populations du secteur informel, à travers l'amélioration du processus d'enrôlement, de production et de distribution des cartes CMU ;
- L'extension du paquet de soins pour couvrir progressivement la totalité des soins essentiels ;
- Le renforcement de l'offre de soins surtout aux niveaux primaire et secondaire dont le financement est en net déséquilibre avec celui du niveau tertiaire ;
- La fourniture effective des prestations aux personnes enrôlées.

## Indicateurs de soins essentiels

L'indice de couverture des services de la CSU pour les services de santé essentiels est basé sur 14 indicateurs traceurs des interventions incluant la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les MNT et la capacité et l'accès aux services. Il est présenté sur une échelle de 0 à 100. Le taux de changement moyen de l'indice CSU en Côte d'Ivoire a été statistiquement significatif et a évolué de 26,5 à 45,4 entre 1990 et 2019.

**Figure 5 : Couverture en Services de Santé Essentiels (CSSE) des pays francophones de la Région AFRO (Source : Tableau de bord du triple milliard)**



**NB : dans les différentes régions OMS du monde, la Couverture en Services de Santé Essentiels (CSSE) se présentait comme suit en 2019** (Source : Tableau de bord du triple milliard) :

- Afrique : 46.2%
- Amériques : 77.1%
- Asie du Sud-Est : 60.8%
- Europe : 79.2%
- Méditerranée Orientale : 56.8%
- Pacifique Occidentale : 79.7%

### 2.3.10 Préparation et réponses aux situations d'urgence

L'épidémie de la maladie à virus Ebola survenue en Afrique de l'Ouest en 2014 a montré les faiblesses des systèmes de santé à prévenir, détecter et répondre aux menaces de santé publique. Au lendemain de cette grande épidémie, la Côte d'Ivoire a réalisé en 2016, à l'aide de l'outil « Strategic Tool for Assessing Risks » (STAR), une évaluation qui a permis de répertorier et classer les risques prioritaires suivants : i) les fièvres hémorragiques dues aux arboviroses (fièvre jaune, dengue, chikungunya, Crimée-Congo), ii) les fièvres hémorragiques de type Filovirus (Ebola et Marburg), iii) le choléra, iv) les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), v) les méningites bactériennes.

Depuis 2019, le faciès épidémiologique est marqué par la crise mondiale de la COVID-19, la résurgence de la Poliomyélite due au poliovirus dérivé de souches vaccinales, l'éclosion de cas de fièvre jaune et de dengue notamment dans les zones urbaines et la menace des fièvres hémorragiques détectées dans les pays voisins.

Les activités de préparation et de riposte aux contingences reposent sur des interventions stratégiques notamment la coordination, la surveillance épidémiologique et/ou entomologique, les activités de laboratoire, la prise en charge des cas, la vaccination le cas échéant, les activités de communication des risques et engagement communautaire et enfin la documentation scientifique des interventions.

**Les activités de surveillance épidémiologique** en général sont déployées dans le cadre de la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR). En effet, en 2019, la Côte d'Ivoire a adapté et adopté la troisième édition de la SIMR comme principal outil de surveillance pour détecter et répondre aux potentielles épidémies de maladies infectieuses. La surveillance basée sur les événements (SBE) a été déployée par la suite dans l'ensemble des 113 districts sanitaires du pays.

**La surveillance aux points d'entrées** a été renforcée grâce à une collaboration de l'OMS avec l'OIM, qui a permis entre autres, la formation du personnel aux points d'entrées (terrestre, portuaire et aéroportuaire), de même que l'installation d'équipements (caméras thermiques à l'aéroport) pour détecter les sujets suspects.

**Les activités de laboratoires** sont organisées essentiellement autour de l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Il est chargé de ces activités à travers l'arrêté interministériel No 393 du 21 juillet 2006 entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur. Cette institution a renforcé ses capacités de tests des fièvres hémorragiques et des centaines de techniciens du laboratoire national et des hôpitaux de district ont été formés à la collecte et à la manipulation sûres des échantillons. Une dizaine de laboratoires régionaux ont reçu des équipements pour réaliser les tests PCR grâce au réseau GENEXPERT déployé dans les centres antituberculeux (CAT) des régions.

**Les activités de coordination sont assurées par le Centre des opérations d'urgences de santé publique (COUSP)** mis en place le 2 février 2016 et formalisé par le décret No 2019-292 du 3 avril 2019. Il a pour rôle d'assurer la gestion, la préparation et la réponse aux épidémies et autres



urgences de santé publique. Six COUSP régionaux ont été mis en place et sont régulièrement testés grâce à des exercices de simulation.

**Pour la prise en charge des cas**, l'évaluation a recommandé aux structures sanitaires du pays, spécialement celles des districts sanitaires de la bande ouest, la mise en place de capacités minimales en termes de lits pour la gestion des cas éventuels de maladies à potentiel épidémique. En 2020, à la faveur de la gestion de la COVID-19, le pays a érigé 10 centres de traitements des maladies infectieuses, disséminés dans les principaux pôles régionaux et doté chacun de ces centres d'unité de soins intensifs et d'unités de production d'oxygène.

**Pour le renforcement de la prévention et le contrôle de l'infection (PCI)**, la Côte d'Ivoire a opté pour la création d'un Programme national PCI qui prendra à terme le relais du groupe de travail national de la coordination de la riposte.

**Au titre de la communication sur les risques et l'engagement communautaire (CREC)**, des documents stratégiques ont été élaborés, notamment la stratégie nationale de communication des risques sur les cinq zoonoses prioritaires, les plans spécifiques de CREC en lien avec les différentes contingences qu'a connues le pays (COVID-19, Ebola, dengue, etc.). Une masse critique de personnel a été également formée sur la CREC dans ce domaine pour assurer la préparation du pays en la matière et pour satisfaire au Règlement sanitaire international (RSI) 2005.

Pour renforcer la capacité du pays à se préparer et à répondre aux urgences sanitaires, y compris au niveau décentralisé, un plan d'action national pour la sécurité sanitaire a été élaboré depuis 2018 et fait l'objet d'une revue annuelle combinée avec l'évaluation du « States Parties Annual Report » (SPAR). Selon la dernière évaluation du Plan national de sécurité sanitaire, le niveau de mise en œuvre des principales capacités requises en vertu du RSI dans le pays est estimé à 43 %.

Une cartographie des Organisations de la société civile intervenant dans la sécurité sanitaire (des trois secteurs clés de l'approche « Une seule santé ») a été faite, suivi du renforcement de leurs capacités (formations, outils et approches communicationnelles) pour des activités de terrain, assortie de réunions de coordination<sup>38</sup>.

De nombreux défis sont à considérer en ce qui concerne :

- La détection précoce des urgences par une gestion efficace des données et un réseau de laboratoires déconcentrés ;
- Le déploiement des équipes d'intervention rapide pour les investigations ;
- La gestion des points d'entrée ;
- La mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » dans la gestion des urgences ;
- L'insuffisance de fonds pour la gestion des urgences.

### 2.3.11 Promotion de la santé

Des efforts sont fournis pour le renforcement du cadre institutionnel, normatif et réglementaire de la promotion de la santé en Côte d'Ivoire. Dans ce cadre, le pays s'est doté d'une stratégie de promotion de la santé 2020-2024 avec pour objectif de contribuer à l'intégration de la santé dans les politiques de développement sectorielles. Un Groupe technique de travail a été mis en place pour la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé et un manuel de référence pour la formation des acteurs nationaux a été élaboré.

Concernant les actions sur les déterminants de la santé, la Côte d'Ivoire a fait d'énormes avancées dans le cadre de la lutte contre le tabagisme à travers la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). Le pays a renforcé le cadre réglementaire et législatif en se dotant d'une loi nationale. Des efforts restent à faire concernant l'imposition des produits du tabac dont le niveau actuel de 46 % est inférieur à la norme de l'UEMOA (entre 50 % et 150 %).

Par ailleurs, le cadre réglementaire devra être renforcé à travers des textes d'application des lois adoptées pour le tabagisme et la toxicomanie et la révision de la loi de 1964 relative à l'alcool.

La Côte d'Ivoire s'est également engagée dans la promotion de la pratique régulière de l'activité physique avec l'adoption en 2008 de l'Initiative nationale 2009-2018 de promotion de la pratique régulière de l'activité physique (INPAP).

## 2.4 Faits saillants relatifs au système de santé

Des différentes analyses situationnelles, il ressort les faits saillants ci-après en rapport avec le système de santé en Côte d'Ivoire :

- La proportion du budget général de l'État alloué au MSHPCMU était de 5,37 % en 2022, soit un montant de 531,2 milliards de F CFA ;
- Le budget octroyé au MSHPCMU pour l'année 2023 est de 691 721 447 907 F CFA soit une augmentation de 30,2 % par rapport à 2022<sup>39</sup>;
- L'existence d'inefficiences des dépenses publiques de santé est estimée à 51 % ;
- Les paiements directs des ménages sont de 39,43 % ;
- Les niveaux primaire, secondaire et tertiaire ont respectivement reçu 16,2 %, 14,2 % et 69,6 % du budget alloué à la santé ;
- Le ratio national des RHS est de 1,40 médecin pour 10 000 habitants, 2,36 infirmiers pour 5000 habitants et 3,05 sages-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer soit 1 sage-femme pour 984 femmes en âge de procréer (FAP) ;

- La répartition du personnel est déséquilibrée au profit de la région d'Abidjan, la capitale économique : 4,17 infirmiers/5000 habitants à Abidjan contre 1,15 infirmier/5000 habitants à l'intérieur du pays ;
- 57 % des établissements sanitaires ne disposaient pas d'eau courante ;
- 74 % de la population totale réside à moins de 5 km d'un ESPC ;
- 76 % des régions sanitaires ne disposent pas de Centres régionaux des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance (CRIEM) et 97 % des districts sanitaires ne disposent pas d'ateliers de maintenance des districts (AMD) ;
- Le marché illicite et la contrefaçon des médicaments sont estimés à environ 30 % du marché pharmaceutique national ;
- Le ratio de mortalité maternelle estimé est de 385 décès pour 100 000 naissances vivantes ;
- La mortalité infantile est de 52 ‰ en 2021 ;
- Les couvertures vaccinales observées au niveau national (89,8 % pour le penta 3 et 85,9 % pour le RR) sont en deçà de la cible (95 %) et cachent des disparités au niveau des districts où il y a encore des cibles non atteintes ou incomplètement vaccinées ;
- 35 % de la population a été complètement vaccinée contre la COVID-19 à la date du 11 novembre 2022.

## 2.5 Principaux défis du système de santé

Les principaux défis auxquels le système de santé du pays est confronté sont issus des conclusions de l'évaluation de la SCP 2016-2020/2021 et de l'analyse situationnelle du PNDS 2021-2025. Ils se déclinent comme suit :

- Difficultés de mise en œuvre des textes de loi relatifs à la santé (Loi d'orientation en santé publique, Loi portant Code de santé publique, Réforme hospitalière, Loi portant Transfert de compétences aux collectivités décentralisées...) du fait de l'absence des décrets d'application ;
- L'absence d'un cadre de redevabilité pour les acteurs à tous les niveaux du système de santé et assorti d'un mécanisme de suivi efficace ;
- Le faible niveau des capacités de gestion des districts sanitaires par les équipes des directions départementales et régionales ;
- Un déséquilibre notable dans la répartition des ressources humaines en santé au détriment du niveau périphérique avec un système de motivation des RHS qui demande à être amélioré ;
- La répartition non optimale des allocations du budget de l'État qui vont à près de 70 % vers le niveau tertiaire qui ne reçoit que 30 % des demandes de soins ;
- L'existence d'importantes inefficiences dans les dépenses de santé : 51 % ;
- La faible couverture de la CMU pour l'ensemble de la population et les dysfonctionnements dans sa mise en œuvre ;

- L'insuffisance de la qualité de l'information sanitaire et l'insuffisance de l'utilisation des données pour la prise de décision dans tous les domaines du secteur de la santé ;
- L'insuffisance dans la mise en œuvre effective des Soins de santé primaires et de la CSU ;
- Le faible niveau de la qualité des soins qui reste largement en dessous du seuil attendu, malgré les efforts en termes de modernisation des infrastructures et des équipements sanitaires, de même que la formation des personnels de santé ;
- L'insuffisance de l'implication des communautés dans la gestion du système de santé ;
- L'engagement insuffisant du secteur privé dans la marche vers la CSU ;
- Les taux élevés des mortalités maternelles et infantiles au regard du niveau socio-économique du pays ;
- Les difficultés d'accès aux services de santé du fait des obstacles géographiques, socioculturels et financiers ;
- Les performances limitées des dispositifs de surveillance et de réponse aux différentes maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Le niveau encore insatisfaisant des capacités de réponse du pays aux situations d'urgence de santé publique opposé à la présence de nombreuses menaces.

# 3.

## Environnement du partenariat

### 3.1 Principaux partenaires de santé et partenaires au développement en Côte d'Ivoire



*Une vue de quelques partenaires, en visite de terrain avec le Ministre de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle, M. Pierre Dimba*

Plusieurs partenaires clés au développement de la santé fournissent une assistance à la Côte d'Ivoire.

Il s'agit d'Organisations des Nations Unies, d'Agences bilatérales et multilatérales, de partenariats et d'initiatives en matière de santé mondiale, des Banques de développement et d'institutions financières internationales, d'Organisations de la société civile (OSC) et d'Organisations non gouvernementales (ONG), de Groupes communautaires, d'Institutions universitaires et des Centres collaborateurs. L'assistance est disponible sous forme de soutien technique et financier.

L'OMS a renforcé et élargi la collaboration avec d'autres partenaires dans le secteur de la santé et en dehors. Ceci a permis de mieux positionner l'Organisation, comme partenaire leader du domaine de la santé pour les communautés, renforçant ainsi le leadership national et la gouvernance du secteur.

Dans le secteur de la santé, de nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) sont engagés à contribuer au développement sanitaire du pays à travers la mise à disposition de ressources pour soutenir les différents PNDS. Ces partenaires comprennent : les Agences du système des Nations Unies, les partenaires multilatéraux, bilatéraux, les ONG et les OSC de même que les sociétés savantes nationales.

Pour mieux canaliser ces opportunités, les partenaires ont mis en place un groupe de coordination dit Groupe Sectoriel Santé (GSS) sous le leadership de l'OMS, dont le but est d'apporter une réponse globale, commune et plus cohérente aux priorités sanitaires définies dans les Plans nationaux de développement sanitaire (PNDS). L'organisation et le fonctionnement de ce groupe sont régis par

des termes de références adoptés de manière consensuelle par l'ensemble des PTF et qui visent de manière spécifique à :

- Mettre en œuvre les principes de la Déclaration de Paris sur l'alignement et l'harmonisation autour des priorités et interventions du PNDS ;
- Organiser la conduite du dialogue politique avec le ministère de la Santé, le gouvernement et autres acteurs autour des priorités sanitaires définies dans le PNDS ;
- Renforcer la coordination et la concertation entre les PTF intervenant dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire afin d'apporter plus de synergie et d'efficacité dans l'appui des partenaires ;
- Favoriser les échanges d'informations entre PTF ;
- Contribuer à la mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé et coordonner les appuis financiers.

Le GSS est animé par l'OMS, chef de file des PTF et appuyé par un secrétariat technique de plusieurs Partenaires. Il comporte quatre Groupes techniques de travail (GTT) qui sont :

- GTT Urgences sanitaires, présidé par le CDC et l'OMS ;
- GTT Médicaments, présidé par l'AFD et Expertise France ;
- GTT Financement de la santé, présidé par la Banque Mondiale et USAID ;
- GTT Santé de la mère et de l'enfant, présidé par UNFPA et UNICEF.

Le GSS se réunit tous les deux mois selon un ordre du jour défini de commun accord avec le secrétariat. Ces réunions permettent aux partenaires (environ 45) de coordonner leurs appuis en vue d'apporter une réponse globale, harmonisée et cohérente aux priorités sanitaires définies par le Gouvernement. Le GSS peut également se réunir de manière extraordinaire à la demande d'un de ses membres désireux de porter à l'attention du groupe une thématique de son choix.

La mise en œuvre du PNDS 2021-2025 et divers autres plans stratégiques sectoriels pour l'atteinte des différentes cibles définies notamment dans le cadre des ODD, bénéficient de cette dynamique de partenariat. Les domaines de partenariat sont variés et concernent tout aussi bien le renforcement du système de santé, la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la vaccination, la nutrition, que les urgences sanitaires.

L'OMS est membre de divers autres organes de coordination et de suivi au niveau national, entre autres :

- Le Comité de coordination inter agences (CCIA), pour le suivi des activités du PEV ;
- Le Groupe sectoriel nutrition et sécurité alimentaire » pour la nutrition ;
- Le Comité de pilotage pour le « SUN » et le Conseil national de nutrition et d'alimentation et de développement de la petite enfance pour la nutrition ;
- L'Instance de coordination nationale du Fonds mondial (ICN FM) et le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) pour le VIH, la tuberculose et le paludisme ;



- La Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS) pour le financement ;
- La Plateforme nationale interministérielle pour l'approche « Une seule santé », faisant office de Comité national de gestion des urgences de santé publique.

Outre le Gouvernement et les institutions nationales (Assemblée nationale, Conseil économique, social, environnemental et culturel, Universités, Instituts spécialisés...), la collaboration de l'OMS dans le pays est également orientée vers la formalisation de partenariats avec les Institutions de coopération bilatérale et multilatérale, les initiatives internationales de santé globale, le Partenariat Public-Privé en santé, les ONG nationales et internationales et la société civile.

**Tableau 2 : Liste des Entités collaborant avec l'OMS en appui au Gouvernement de la Côte d'Ivoire**

Types	Partenaires
Coopération bilatérale	États-Unis d'Amérique, France, Suède, Corée du Sud, Pays-Bas, Danemark, Arabie Saoudite, Italie, Allemagne, Japon, Royaume-Uni de Grande-Bretagne, Canada, Chine, Luxembourg, Norvège, Australie
Coopération multilatérale	Système des Nations Unies, Banque mondiale, OOAS, UA, Commission de l'Union européenne, BAD, MCC, OCAL (Organisation du corridor Abidjan Lagos), BID, Fonds arabes multilatéraux
Initiatives mondiales de santé, Fondations, Organisations Philanthropiques	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, GAVI, Roll Back Malaria, CHAI, Carter Center, Bloomberg Family, Bill & Melinda Gates Foundation, Rotary International, National Philanthropic Trust (NPT), Susan Thompson Buffett Foundation, Sasakawa Health Foundation.
Partenariat Public-Privé	Établissements sanitaires, laboratoires, instituts de formation, industries pharmaceutiques
Organisations non gouvernementales	ONG nationales et internationales
Organisations de la société civile	Institutions confessionnelles, organisations bénévoles, clubs de loisirs et de sport, syndicats, associations professionnelles, fédérations et réseaux, sociétés savantes, ordres professionnels, mutuelles

Par ailleurs, l'OMS soutient activement le pays pour le renforcement de la coopération Sud-Sud avec des pays de la Région africaine de l'OMS.

## 3.2 Coopération avec le système des Nations Unies au niveau national



*Chefs d'agences des Nations Unies à la frontière entre la Guinée et la Côte d'Ivoire avec le Coordonnateur résident du Système des Nations Unies*

Le Système des Nations Unies pour le Développement (SNUD) en Côte d'Ivoire se compose d'environ 20 agences, fonds, programmes et entités résidents et non résidents que sont : le BIT, la CNUCED, la FAO, le FIDA, l'ITU, l'OHCHR, l'OIM, l'OMS, l'ONUDI, l'ONU Femmes, l'ONUSIDA, le PAM, le PNUD, le PNUE, l'UNECA, l'UNESCO, l'UNFPA, l'UNHCR, l'UNICEF et l'UNODC.

Il a développé un document-cadre de coopération avec la Côte d'Ivoire pour la période 2021-2025 appelé Cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable – CCDD 2021-2025, qui définit les orientations stratégiques pour la collaboration entre le SNUD et le Gouvernement de Côte d'Ivoire pour cette période. Ce cadre est aligné sur les priorités nationales définies dans le Plan national de développement – PND 2021-2025 comportant cinq priorités stratégiques : i) Accélération de la transformation structurelle de l'économie ; ii) Amélioration du capital humain ; iii) Renforcement de l'inclusivité du processus de développement ; iv) Réduction de la vulnérabilité aux changements climatiques et aux problèmes environnementaux et v) Promotion d'une gouvernance encore plus efficace, transparente et participative.

Ces cinq priorités stratégiques, représentant de véritables leviers de développement durable pour la Côte d'Ivoire, visent huit résultats censés induire, d'ici à 2025, des changements catalytiques au bénéfice des populations.

Le champ d'action du Bureau de pays de l'OMS est inscrit dans le Résultat escompté 4 qui veut que « Les populations, en particulier les plus vulnérables, accèdent de façon équitable à un socle minimum de protection sociale et utilisent des services de santé (maternelle, néonatale et

infantile, santé de la reproduction, VIH/SIDA, de lutte contre les maladies non transmissibles), de nutrition, de protection (travail des enfants, violences), d'eau, d'hygiène et d'assainissement, de qualité y compris dans les situations d'urgence ».

Le groupe de Résultat 4 se compose d'une dizaine d'Agences : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le PAM, la FAO, le BIT, l'OIM, ONUHABITAT, ONUDC. L'OMS en assure la direction en collaboration avec l'UNICEF.

Pour s'assurer d'une mise en œuvre efficace et cohérente du Résultat 4, l'OMS et l'UNICEF coordonnent l'élaboration et le suivi-évaluation des plans de travail conjoints biennaux glissants couvrant la période du CCDD 2021-2025. L'OMS participe à la plupart des instances du SNUD à savoir l'UNCT (United Nations Country Team), le groupe ECOGEP (Équipe conjointe de gestion des programmes) le groupe de suivi-évaluation du SNUD, le groupe des opérations.

Les orientations actuelles pour le travail des Agences du SNUD dans les pays étant la cocréation et le développement d'initiatives conjointes, l'OMS et les autres Agences élaborent des projets/programmes conjoints pour soutenir le Gouvernement dans les régions les plus à problème. À titre d'exemple sept Agences à savoir l'UNICEF, le PNUD, l'OIM, l'UNFPA, le PAM, l'OMS et le UNHCR ont formulé et mettent en œuvre un projet conjoint dénommé « Renforcement de la résilience des populations du nord-est de la Côte d'Ivoire » couvrant les régions du Tchologo et du Bounkani en appui au programme social du Gouvernement 2022-2024.

## 4.

# Coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire

L' Accord de siège de coopération entre l'Organisation mondiale de la Santé et la Côte d'Ivoire a été signé le 7 février 1961. Depuis lors, l'OMS apporte son appui au pays dans le cadre d'une coopération renforcée à travers la mise en œuvre des différentes stratégies (SCP 2009-2013, SCP 2013-2015, SCP 2016-2020/2021). La SCP 2022-2025 permettra de consolider les acquis pour tendre vers une meilleure santé des populations de la Côte d'Ivoire.

## 4.1 Principales réalisations de l'OMS en Côte d'Ivoire

Le Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire apporte un appui technique et financier dans les domaines du renforcement du système de santé, dans la lutte contre la maladie, dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, qualité des soins et en matière de préparation/réponse aux urgences de santé publique, ce qui a contribué à l'amélioration progressive des indicateurs de santé dans le pays.

L'évaluation de la SCP 2016-2020/2021 a permis d'avoir les résultats ci-dessous énoncés.

Dans le cadre du renforcement de la gouvernance et du financement du secteur de la santé, l'OMS a fourni un appui technique et financier à l'organisation d'un symposium sur la CMU en novembre 2016, à l'élaboration d'un manuel national de procédures de production des comptes de la santé, la conduite de plusieurs études sur l'espace budgétaire en santé, sur les causes d'inefficiences dans l'utilisation des ressources financières, sur le niveau de protection financière contre le risque maladie et l'organisation du 1er Dialogue national sur le financement de la santé en 2019.

Le développement des Ressources humaines pour la santé (RHS) a bénéficié d'appuis de l'OMS permettant au ministère de la Santé de disposer d'un nouveau Plan de développement des ressources humaines de la santé (PDRHS) 2018-2022, de plans opérationnels annuels, de stratégies de déploiement, motivation et fidélisation des RHS et de plan d'investissement régional dans les RHS et du social pour les huit pays membres de l'UEMOA. L'OMS a également accompagné le pays dans la mise en œuvre de la feuille de route pour l'élaboration des Comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) et des Fonctions essentielles de santé publique, le processus de mise en place de l'Observatoire des RHS.

En ce qui concerne la disponibilité des médicaments et produits essentiels de qualité et de leur usage rationnel, l'OMS a fortement contribué à la mise en place, au sein du Groupe sectoriel Santé, d'un Groupe technique de travail sur les médicaments, d'un manuel national de codification des médicaments essentiels, dans la mise en place d'une Autorité nationale de réglementation pharmaceutique indépendante avec autonomie financière et d'un renforcement des capacités des acteurs clés du Laboratoire national de santé publique (LNSP), en vue d'atteindre la préqualification de l'OMS. Elle a également soutenu la réalisation de l'analyse situationnelle du secteur pharmaceutique partant de l'évaluation du Plan directeur pharmaceutique national (PDPN) 2016-2020 en vue de la mise à jour de la politique pharmaceutique nationale et de l'élaboration du PDPN 2023-2025.

Concernant la transfusion sanguine, l'OMS a fortement soutenu l'approvisionnement du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) en intrants stratégiques et contribué au plaidoyer pour la gratuité des poches de sang destinées aux urgences.

Par rapport à la qualité des prestations sanitaires, l'OMS a financé la tenue d'ateliers nationaux de réflexion sur l'opérationnalisation des régions et des districts sanitaires, l'élaboration de 13 modules de formation des équipes-cadres de district en gestion des districts sanitaires et un atelier international de partage d'expériences sur le renforcement des systèmes de santé de districts sanitaires pour la revitalisation des soins de santé primaires.

Par ailleurs, dans le cadre de la réponse à la pandémie de COVID-19, l'OMS a contribué, en collaboration avec d'autres partenaires, à mettre en place une plateforme nationale de formation à distance (apprentissage virtuel) en vue d'appuyer la formation des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cela a bénéficié à près de 50 000 professionnels de la santé dont les capacités ont été renforcées en 2020 et 2021, dans divers domaines prioritaires de santé.

S'agissant de l'éradication de la poliomyélite, la Côte d'Ivoire a été déclarée libre de la poliomyélite sauvage en novembre 2015 par le Comité régional de certification. Le pays, avec l'appui de l'OMS, a mis en place un mécanisme de réponse s'appuyant sur les trois piliers (vaccination réactive ciblant les enfants âgés de moins de cinq ans, surveillance, et renforcement de la vaccination de routine) lors de l'épidémie de poliomyélite, dérivé du vaccin polio (PVDVc2).

En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, l'OMS a financé la décentralisation du dépistage et de la prise en charge notamment du diabète, des maladies cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle (HTA).

Concernant la réduction des facteurs de risques, le pays a renforcé son cadre réglementaire par l'adoption en juillet 2019, de la loi nationale relative à la lutte antitabac (loi no 2019-676 du 23 juillet 2019) grâce au plaidoyer de haut niveau de l'OMS et son soutien financier et technique. L'OMS a également soutenu l'organisation de plusieurs campagnes de sensibilisation de masse dans les établissements scolaires sur les méfaits du tabagisme et aussi sur certaines maladies non transmissibles comme le cancer.

Les principales réalisations dans la lutte contre les maladies transmissibles ont concerné l'amélioration de l'accès des patients aux services de prévention, de diagnostic et de traitement. Les appuis de l'OMS ont porté en outre sur l'élaboration des documents stratégiques ; l'amélioration de l'accès au service de directives nationales de prévention et de prise en charge clinique, le financement d'études sur l'efficacité thérapeutique des antipaludiques et sur la résistance des vecteurs aux insecticides du paludisme.

La lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) a été soutenue par l'OMS dont les appuis ont permis au pays d'atteindre le seuil d'élimination de la trypanosomiase humaine africaine (THA) en tant que problème de santé publique, en 2019. L'OMS a également maintenu ses appuis constants à la lutte contre la lèpre bien qu'elle ait été éliminée comme problème de santé publique. Le pays bénéficie en outre du soutien de l'OMS pour le suivi des activités post-certification de la dracunculose (ver de Guinée).



Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, les appuis de l'OMS se sont focalisés sur l'amélioration de la couverture des interventions à haut impact, l'amélioration de la qualité des soins maternels et infantiles, le maintien de la continuité des services essentiels et l'institutionnalisation de la Surveillance des décès maternels et périnataux et riposte (SDMPR) et son introduction dans le paquet minimum d'activités des structures sanitaires.

Le pays a adhéré au Réseau mondial de la qualité des soins aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants et aux adolescents et jeunes en 2017.



Dans le domaine de la vaccination, l'appui technique et financier de l'OMS a permis au ministère de la Santé de se doter d'un Plan pluriannuel complet du PEV (PPAc) pour la période 2016-2020 ; dans ce plan, 52 districts sanitaires ont été identifiés avec plus de 70 % des populations cibles non vaccinées en routine. En outre, la Côte d'Ivoire a pu bénéficier de l'assistance de l'OMS pour la finalisation des dossiers de soumission à GAVI Alliance afin d'introduire la 2e dose du vaccin combiné contre la rougeole-rubéole (RR2) et de la 2e dose du vaccin polio injectable (VPI2) et pour l'élaboration de la Stratégie nationale d'immunisation (NIS).

En matière de déterminants sociaux de la santé et promotion de la santé, l'appui de l'OMS a porté sur l'évaluation et la révision de la stratégie nationale de promotion de la santé. L'OMS a initié un plaidoyer qui a abouti à la mise en place d'une plateforme multisectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et organisé la séance d'information des membres de la plateforme sur l'approche de la « santé dans toutes les politiques – HiAP ». L'OMS a soutenu l'élaboration de modules de formation sur la promotion de la santé et la formation d'une dizaine de formateurs nationaux en 2018.

Le partenariat de l'OMS avec les radios de proximité a permis la mise en place d'une plateforme de 160 radios engagées dans la sensibilisation sur la santé, la formation de plus de 300 journalistes et producteurs radio sur la pandémie de COVID-19 et les autres urgences de santé (Ebola, Lassa), le renforcement en équipements et matériels de production des émissions de sensibilisation, les modules de formation sur la communication des risques et l'engagement communautaire.

Le renforcement des capacités de prévention et de riposte aux situations d'urgence sanitaire a bénéficié d'un appui conséquent de l'OMS notamment pour :

- La mise en œuvre du Règlement sanitaire international - RSI (2005), où l'OMS a soutenu l'évaluation externe conjointe réalisée en 2016, ainsi que l'élaboration du Plan d'action pour la sécurité sanitaire (PANSS, 2018-2020) ;

- La mise en œuvre de l'approche « Une seule santé », pour laquelle l'OMS a soutenu l'évaluation de la planification et de la performance de la plateforme « Une seule santé » et des capacités minimales du RSI (2005), la tenue d'un atelier d'évaluation des performances du PANSS, d'élaboration du rapport annuel de capacité du pays (eSPAR) et du développement du plan annuel opérationnel 2021 du PANSS ;
- L'OMS a soutenu la direction des services vétérinaires en vue de l'élaboration des textes d'application de la loi portant code de santé publique vétérinaire, la mise en place de transport sécurisé des échantillons d'origine animale, ainsi que l'analyse situationnelle des zoonoses prioritaires telles que la tuberculose et l'influenza aviaire en vue de l'élaboration des plans intégrés de lutte ;
- La lutte contre les maladies à potentiel épidémique (MPE) et les urgences de santé publique où l'OMS a permis au pays d'assurer la riposte aux épidémies de dengue, fièvre jaune, COVID-19 et l'alerte Ebola.

## 4.2 Enseignements tirés et opportunités

Dans le cadre de l'environnement de travail, la régularité des réunions de coordination avec les autorités nationales et les partenaires sous le leadership de l'OMS a favorisé la communication et la synergie lors de la mise en œuvre des interventions. Le partenariat avec les médias notamment les radios communautaires a été une opportunité pour l'implication des populations à l'atteinte des objectifs. L'engagement effectif et les contributions substantielles des partenaires clés, de même que la décentralisation de l'appui technique comme facteur de renforcement des capacités du niveau opérationnel ont été une opportunité et un facteur de succès pour l'atteinte des objectifs.

La bonne communication interne et externe du bureau ainsi que le cadre approprié de travail du Bureau de l'OMS, ont également contribué à une production intellectuelle de qualité.

Dans le domaine du renforcement du système de santé, i) le déploiement de consultants polyvalents sur le terrain à l'occasion de la réponse à la COVID-19 a procuré aux régions sanitaires un important appui transversal pour la réalisation des activités, ii) la formation des membres de l'équipe nationale des comptes nationaux de la santé a permis une appropriation du processus et une autonomie du pays dans la réalisation de ces comptes, iii) l'existence d'une plateforme nationale du financement de la santé est un forum important de dialogue entre partenaires de la santé et autorités nationales.

Dans le domaine du partenariat, la bonne coordination des activités des programmes de santé du ministère avec les partenaires de la santé assurée par l'OMS a permis la mutualisation des ressources et l'efficacité des actions prioritaires du PNDS. De même, l'engagement des partenaires techniques et financiers et la disponibilité de ressources humaines qualifiées ont permis d'apporter au pays l'expertise technique requise pour atteindre les résultats attendus.

Par ailleurs, le partenariat inclusif avec les leaders et acteurs communautaires a été un excellent levier pour l'amélioration des indicateurs sanitaires ; de même, la bonne implication des autorités administratives locales dans la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel a garanti l'obtention des résultats escomptés (MTN, paludisme, etc.).



L'expérience d'appui continu de l'OMS dans la région sanitaire du Gbêkê de 2019 à 2022, a permis d'enregistrer des résultats de qualité au niveau opérationnel, notamment pour la santé de la mère et la prévention de la mortalité maternelle et d'en tirer les leçons suivantes: i) l'implication de toutes les parties prenantes en particulier des sociétés savantes lors de l'élaboration des documents normatifs consensuels est un facteur de succès ; ii) le renforcement de capacité des prestataires de soins et la mise en œuvre de stratégies novatrices (installation de coin nouveau-nés et plans d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux) permettent la documentation et le partage des bonnes pratiques ; iii) la mise en œuvre systématique de la stratégie de « surveillance des décès maternels, périnataux et riposte (SDMPR) » permet l'amélioration de la notification des décès maternels et la réduction des décès maternels.

Dans le domaine des urgences, la pandémie de COVID-19 et l'alerte à la maladie à virus Ebola ont permis de tirer les leçons ci-après :

- Le renforcement du mécanisme de coordination des partenaires et la collaboration intersectorielle ;
- Le maintien du statut de « pays libre de polio » ;
- Une bonne préparation et une réponse efficace aux urgences de santé publique ;
- La disponibilité de stocks de kits d'urgence sanitaire en permanence a été une garantie certaine de la réponse prompte et adaptée pour la prise en charge immédiate et précoce des cas de maladie détectés lors d'événements sanitaires.

### **4.3 Contribution de la Côte d'Ivoire aux programmes d'action sanitaire régional et mondial**

La Côte d'Ivoire dispose d'un certain nombre de structures qui ont un rayonnement sous régional, régional voire mondial et qui permettent au pays de contribuer aux programmes d'action sanitaire au-delà de ses frontières. Au nombre de ces structures, on relève :

- L'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, laboratoire de référence pour la rougeole et la polio dans la région africaine de l'OMS, a bénéficié d'un renforcement significatif de ses capacités de réalisation de tests en plus de se révéler être un Centre de formation des spécialistes et cadres de la santé de la sous-région. De plus, l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire dispose d'une bio banque sous régionale homologuée par la CEDEAO. Un projet d'extension de ce labo pour le niveau P3/P4 est en cours de réalisation pour faire face aux diagnostics des virus de fièvres hémorragiques et des arboviroses et autres pathogènes émergents ;
- Le Laboratoire des rétro viroses en Côte d'Ivoire (RETROCI) et le Centre de diagnostic et de recherche en Santé (CeDRES) participent également au diagnostic VIH/SIDA, en Côte d'Ivoire et pour la sous-région ;
- Le Centre national d'oncologie médicale et de radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) est un pôle d'expertise en matière de lutte contre le cancer, non seulement pour la Côte d'Ivoire, mais également pour la région africaine ;

- Le Centre d'excellence régional contre la faim et la malnutrition (CERFAM) est certes installé en Côte d'Ivoire, mais il a une vocation régionale et mondiale en matière de recherche et d'interventions spécifiques pour la lutte contre la faim.

Par ailleurs, la Côte d'Ivoire participe à des échanges d'expériences Sud-Sud avec les pays africains. La Côte d'Ivoire participe de manière constante aux travaux des comités régionaux de l'OMS pour l'Afrique et aussi aux Assemblées mondiales de la santé.

# 5.

## Définition des priorités Stratégiques 2022-2025

### 5.1 Processus d'établissement des priorités et alignement de la SCP sur les programmes stratégiques (13e PGT-OMS, PNDS et CCDD-SNU en Côte d'Ivoire)

La Côte d'Ivoire étant fermement résolue à garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous à travers le Plan national de développement (PND) 2021–2025 et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025, l'OMS continuera d'apporter son assistance technique et financière au pays en s'alignant sur la période couvrant ces plans stratégiques nationaux.

En effet, pour atteindre les cibles de l'ODD 3, notamment celles relatives à la Couverture sanitaire universelle (CSU) du premier objectif du 13e PGT, l'OMS apportera sa contribution au Gouvernement ivoirien dans la mise en œuvre de plusieurs réformes et initiatives : i) mobilisation des ressources complémentaires en faveur de la santé et amélioration de la gestion financière des fonds publics affectés à la santé ; ii) élargissement de la protection des ménages contre le risque financier ; iii) amélioration l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité. Ces initiatives font partie intégrante des quatre priorités stratégiques retenues pour la SCP 2022-2025 à savoir :

#### • Priorité stratégique 1 :

Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU ;

#### • Priorité stratégique 2 :

Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées ;

#### • Priorité stratégique 3 :

Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques ;

#### • Priorité stratégique 4 :

Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes.

Ces priorités ont été retenues en prenant en compte les résultats clés obtenus dans la mise en œuvre de la SCP de 3e génération et les défis relevés lors de l'évaluation de cette SCP, des besoins du Gouvernement en matière d'amélioration de la santé des populations tels qu'identifiés dans le PNDS 2021-2025 et de l'analyse situationnelle du Country Common Assessment du système des Nations Unies pour l'élaboration du 2021-2025. La mise en œuvre de la SCP 2022-2025, à travers ces priorités qui se déclinent en domaines d'actions prioritaires et approches stratégiques telles que présentées ci-dessous, se fera avec les ressources propres de l'OMS et celles qu'elle mobilisera auprès de ses partenaires.

## 5.2 Domaines liés aux priorités stratégiques

Les quatre priorités stratégiques définies dans la SCP 2022-2025 sont déclinées en domaines d'actions prioritaires et en approches stratégiques.

### 5.2.1 Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU

L'engagement de l'OMS à la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 contribuera à la consolidation des acquis en matière de gouvernance sanitaire, de l'accès aux services et de la qualité des soins avec la perspective d'asseoir un système de santé plus résilient pouvant garantir des réponses adéquates et efficaces face aux pathologies.

L'OMS continuera de mener un plaidoyer fort auprès de tous les acteurs en vue de mutualiser les appuis techniques et financiers au PNDS 2021-2025 qui représente le principal cadre des interventions de santé dans lequel le pays et ses partenaires s'engagent en vue de garantir à l'ensemble de la population ivoirienne, notamment les plus vulnérables, un état de santé et un bien-être optimal. Ainsi, les approches stratégiques retenues pour chaque domaine d'actions prioritaires se présentent comme suit :

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<b>1 : Amélioration de la qualité et de la disponibilité des prestations de services</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soutien à la mise en application de la réforme hospitalière, l'accréditation de formations sanitaires et le suivi régulier de la qualité des soins ;</li><li>• Soutien à la stratégie des soins intégrés centrés sur le patient, y compris les soins de réadaptation ;</li><li>• Renforcement du système national de référence et contre référence ;</li><li>• Appui à l'opérationnalisation des 10 Pôles régionaux d'excellence santé (PRES) ;</li><li>• Soutien à l'hygiène, la prévention et le contrôle des infections associées aux soins, y compris la gestion des déchets sanitaires ;</li><li>• Renforcement de l'opérationnalisation du Plan stratégique de la santé communautaire ;</li><li>• Soutien à la mise en œuvre du Plan national de la télémédecine 2021-2025 ;</li><li>• Soutien au développement de la numérisation, la télésanté et la santé numérique ;</li><li>• Appui à l'élaboration et la révision des normes de fonctionnalité des établissements de soins.</li></ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<p><b>2 : Renforcement de la gouvernance et du leadership aux niveaux central, régional et périphérique du système de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au Dialogue politique national à travers le Mécanisme de coordination du secteur de la santé (MCSS) et tous les autres mécanismes connexes (plateformes, organes de concertation avec le ministère de la Santé, GSS et SNU...);</li> <li>• Contribution à l'élaboration du Compact national pour l'opérationnalisation du PNDS 2021-2025 ;</li> <li>• Appui à la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 et son plan de suivi-évaluation ;</li> <li>• Soutien à l'opérationnalisation des régions et districts sanitaires, y compris la planification sanitaire décentralisée ;</li> <li>• Appui au renforcement de la coordination des acteurs de la santé au niveau régional et district ;</li> <li>• Appui au Plan stratégique de développement du secteur privé ;</li> <li>• Soutien aux initiatives pour l'engagement du secteur privé pour faire avancer l'agenda de la CSU ;</li> <li>• Réflexion sur l'accompagnement des organisations de la société civile.</li> </ul>
<p><b>3 : Renforcement de la disponibilité de ressources humaines de qualité et en quantités adéquates à tous les niveaux du système de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien à l'évaluation du Plan stratégique de développement des RHS 2018-2022 et l'élaboration du PDRHS 2023-2027 ;</li> <li>• Appui à la mise en place d'un système intégré d'information sur les RHS ;</li> <li>• Renforcement des capacités des acteurs en charge de la gestion des RHS ;</li> <li>• Renforcement des capacités opérationnelles de l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS) ;</li> <li>• Appui au plaidoyer pour le déploiement du personnel de santé dans les zones mal couvertes ;</li> <li>• Appui à la formation continue des RHS.</li> </ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<p><b>4 : Renforcement du système national de financement de la santé pour s'assurer que chaque citoyen ivoirien a accès aux soins sans rencontrer de difficultés financières</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer pour une augmentation du montant du budget national alloué au secteur de la santé ;</li> <li>• Plaidoyer pour une répartition adéquate du budget de l'État alloué au secteur de la santé par niveau de soins tenant compte de la demande ;</li> <li>• Appui technique et financier à la mise en œuvre du plan d'action de la Plateforme nationale de coordination de financements de la santé (PNCFS) ;</li> <li>• Soutien à l'analyse du système national de financement de la santé par l'utilisation de la Matrice de suivi des progrès en matière de financement de la santé (MPFS) en vue de la mise à jour de la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU ;</li> <li>• Renforcement des capacités des acteurs en vue de la production de l'information stratégique à partir des Comptes de la Santé ;</li> <li>• Plaidoyer pour l'adoption des mesures visant à réduire les inefficiences dans les dépenses de santé ;</li> <li>• Accompagnement du Gouvernement dans l'institutionnalisation de l'achat stratégique.</li> </ul>
<p><b>5 : Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité à des produits et technologies de santé de qualité, sûrs, efficaces</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'élaboration et la mise en œuvre du Plan directeur pharmaceutique national (PDPN) 2021-2025, du Plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) 2021-2025 et du Plan stratégique d'approvisionnement en médicaments essentiels, dans la perspective de la disponibilité au dernier kilomètre ;</li> <li>• Soutien à la mise en place d'un Programme national de dons d'organes ;</li> <li>• Soutien au renforcement du dispositif de réglementation du secteur pharmaceutique ;</li> <li>• Appui la lutte contre les médicaments contrefaits ou de qualité inférieure ;</li> <li>• Soutien à la surveillance des résistances aux anti microbiens (RAM) et à l'institutionnalisation du GTT RAM ;</li> <li>• Soutien au dispositif de contrôle de qualité des médicaments essentiels du Laboratoire national de santé publique (LNSP) ;</li> </ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien à la surveillance de la qualité des produits de santé ;</li> <li>• Appui à l'émergence des initiatives industrielles de production pharmaceutique locale ;</li> <li>• Appui à la promotion de la médecine traditionnelle : plans stratégiques et leur mise en œuvre ;</li> <li>• Appui à la mise en place et au fonctionnement d'un système national de laboratoire ;</li> <li>• Appui à l'extension et au fonctionnement d'un réseau de laboratoires (biomédicaux et spécialisés) ;</li> <li>• Appui à la mise aux normes (infrastructures et équipement des laboratoires) et à l'accréditation des laboratoires (biomédicaux et spécialisés) ;</li> <li>• Appui à la mise en place d'un système de maintenance des équipements de laboratoires.</li> </ul>
<p><b>6 : Renforcement des capacités du pays à produire de l'information sanitaire de qualité et promotion de la recherche en santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à la mise en œuvre du Plan stratégique du Système national d'information sanitaire 2021-2025, y compris l'interopérabilité des différentes applications utilisées ;</li> <li>• Appui à la production, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire et des bases factuelles ;</li> <li>• Soutien à la mise en place et au fonctionnement de l'Observatoire national de santé (ONS) ;</li> <li>• Contribution à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires du SNIS ;</li> <li>• Contribution à la disponibilité et la qualité des données du système d'enregistrement des faits d'état civil et à l'établissement des statistiques de l'état civil ;</li> <li>• Appui à l'élaboration de la Liste officielle de référence nationale des établissements sanitaires (LORNES) ;</li> <li>• Appui à la réalisation de la carte sanitaire dynamique et prospective ;</li> <li>• Appui au renforcement des mécanismes de gouvernance, de coordination, de collaboration et de suivi et évaluation pour la recherche et l'innovation dans le système de santé ;</li> <li>• Soutien à la promotion et la vulgarisation des acquis de la recherche en santé.</li> </ul>



## 5.2.2 Priorité stratégique 2 : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées

L'engagement de l'OMS à la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 contribuera à la consolidation des acquis en matière de gouvernance sanitaire, de l'accès aux services et de la qualité des soins avec la perspective d'asseoir un système de santé plus résilient pouvant garantir des réponses adéquates et efficaces face aux pathologies. L'OMS continuera de mener un plaidoyer fort auprès de tous les acteurs en vue de mutualiser les appuis techniques et financiers au PNDS 2021-2025 qui représente le principal cadre des interventions de santé dans lequel le pays et ses partenaires s'engagent en vue de garantir à l'ensemble de la population ivoirienne, notamment les plus vulnérables, un état de santé et un bien-être optimal. Ainsi, les approches stratégiques retenues pour chaque domaine d'actions prioritaires se présentent comme suit :

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<b>1 : Santé de la reproduction, mère, nouveau-né, enfant, adolescent</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Renforcement du cadre normatif, réglementaire et institutionnel de la SRMNIA ;</li><li>• Promotion des interventions à haut impact (PF, CPN, SONU, ANJE, CPoN, PCIMNE, SDMPR, allaitement exclusif) ;</li><li>• Accélération du passage à échelle des interventions à haut impact (PF, CPN, SONU, ANJE, CPoN, PCIMNE, SDMPR, allaitement exclusif) ;</li><li>• Amélioration de l'accès à des services intégrés, sûrs et de qualité, sensibles au genre, y compris la santé reproductive ;</li><li>• Renforcement d'un leadership et le développement d'un partenariat élargi efficace en faveur de la SRMNIA prenant en compte les secteurs publics, privés, la société civile et la communauté ainsi que les instituts de recherche ;</li><li>• Appui au renforcement des capacités des médecins généralistes en pratiques obstétricales et chirurgicales essentielles ;</li><li>• Appui à l'extension de la délégation des tâches à tous les prestataires de soins.</li></ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<p><b>2 : Maladies évitables par la vaccination</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au renforcement du PEV de routine pour améliorer la couverture vaccinale des maladies cibles du PEV ;</li> <li>• Facilitation de l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles stratégies de vaccination de routine ;</li> <li>• Appui à l'amélioration de l'équité pour atteindre les populations les plus vulnérables (zéro-dose) ;</li> <li>• Soutien au processus de passage à la pré-élimination de la rougeole ;</li> <li>• Appui au renforcement des capacités du Système national d'information sanitaire (SNIS) par le développement et l'utilisation d'approches et d'outils novateurs ;</li> <li>• Appui au renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination ;</li> <li>• Appui au renforcement de la participation multisectorielle et communautaire ;</li> <li>• Plaidoyer auprès du Gouvernement pour la mobilisation de fonds domestiques durant la transition GAVI ;</li> <li>• Mobilisation des autres partenaires intervenant dans la vaccination pour leur accompagnement technique durant la transition GAVI ;</li> <li>• Appui au Suivi-Evaluation avec toutes les parties prenantes (Primature, MSHPCMU, ministère du Budget, ministère de l'Économie et des Finances, PTF/PEV) de la mise en œuvre de la transition GAVI.</li> </ul>
<p><b>3 : Santé des personnes âgées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien au renforcement du cadre normatif, réglementaire et institutionnel favorable à la santé et au bien-être des personnes âgées ;</li> <li>• Contribution à la prise en charge intégrée des personnes âgées dans le parcours des soins ;</li> <li>• Appui au renforcement de la participation multi-sectorielle et communautaire.</li> </ul>

### 5.2.3 Priorité stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques

Le profil épidémiologique de la Côte d'Ivoire est caractérisé par un état de morbidité important avec une prévalence élevée des maladies transmissibles y compris des maladies tropicales négligées et des maladies non transmissibles. Le niveau de mortalité générale de 9,9 pour 1000 personnes en 2020, plaçant le pays en tête de liste des pays de l'UEMOA en matière de mortalité générale (PNDS 2021-2025).

L'OMS continuera d'accompagner le pays dans les domaines de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge, du suivi et évaluation et du contrôle qualité dans la lutte contre la maladie selon une approche inclusive et intégrée. Ces actions seront soutenues par une promotion de la santé qui mettra l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, la participation communautaire, sans oublier les effets du changement climatique et la nécessité de développer des approches innovantes permettant de faire face de façon continue aux nouveaux défis. À cet égard, l'OMS s'appuiera sur les domaines d'actions prioritaires ci-après :

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<p><b>1 : Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (infection à VIH/ SIDA, paludisme, tuberculose, hépatites virales, maladies tropicales négligées)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au renforcement des politiques, normes et procédures pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins pour toutes les maladies ;</li> <li>• Appui à l'élaboration/révision des documents stratégiques/opérationnels ;</li> <li>• Appui au renforcement du SNIS pour la surveillance, le suivi et l'évaluation, l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision ;</li> <li>• Soutien à l'amélioration de l'accès à des services de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement de qualité ;</li> <li>• Appui au renforcement de la surveillance des résistances (antimicrobiennes ; antiparasitaires ; antivectorielles) ;</li> <li>• Soutien à l'élaboration d'approches innovantes et le développement de la recherche opérationnelle ;</li> <li>• Appui à la mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre les maladies ;</li> <li>• Appui au renforcement de la surveillance en tant que pays ayant éliminé le ver de Guinée et la trypanosomiase humaine africaine ;</li> <li>• Appui au renforcement de la collaboration entre programmes de santé ;</li> </ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au renforcement de la participation communautaire à la lutte contre les maladies transmissibles ;</li> <li>• Appui au renforcement de la collaboration multisectorielle dans la lutte contre les maladies transmissibles.</li> </ul>
<p><b>2 : Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) et santé mentale, de même que la lutte contre les effets liés aux violences, aux accidents de la circulation, au tabagisme, à l'alcoolisme, à la toxicomanie et la prise en charge des handicaps.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au Gouvernement ivoirien dans l'identification et l'analyse des principaux déterminants de la santé et des actions à mener en vue de réduire leur impact sur la santé ;</li> <li>• Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans stratégiques des maladies non transmissibles et santé mentale ;</li> <li>• Appui à la mise en œuvre des plans stratégiques de prise en charge des personnes vivant avec un handicap, dont le plan national de développement de la réadaptation et des technologies d'assistance 2022-2025 ;</li> <li>• Appui à la mise à jour régulière des données sur les caractéristiques de la population (réalisation de nouvelles enquêtes STEPS, GYTS) par le ministère de la Santé ;</li> <li>• Appui à la mise en place d'un système d'information sanitaire intégré des MNT ;</li> <li>• Plaidoyer pour la prise en compte des cinq principaux facteurs de risque de MNT en vue de la promotion et l'application des mesures législatives et/ou réglementaires associées ;</li> <li>• Appui aux initiatives de création d'un environnement favorable à la mitigation des facteurs de risque de MNT (initiative villes-santé) ;</li> <li>• Plaidoyer pour l'approvisionnement en médicaments et intrants stratégiques pour le contrôle des maladies métaboliques, cardiovasculaires, mentales et des troubles liés à l'usage des substances psychoactives ;</li> <li>• Contribution au renforcement du cadre législatif et réglementaire pour la lutte contre les facteurs risques des MNT ;</li> <li>• Appui à la mise en œuvre des approches MPOWER (tabac), SAFER (alcool), la réduction des Risques (RdR) en vue de réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac, à l'alcool et toxicomanie ;</li> </ul>

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à la mise en place de mécanismes pour rendre disponibles des données fiables sur les accidents de la route ;</li> <li>• Appui au renforcement de la participation communautaire à la lutte contre les MNT ;</li> <li>• Soutien au renforcement de la collaboration multi-sectorielle dans la lutte contre les MNT.</li> </ul>
<b>3 : Actions sur les déterminants sociaux de la santé et promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à la promotion de la santé dans les politiques et programmes publics y compris les secteurs non sanitaires, avec actions sur les déterminants sociaux de la santé et sur les effets liés au changement climatique ;</li> <li>• Appui à l'intégration des données sur les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé au SNIS au niveau national en vue de faciliter la prise de décision ;</li> <li>• Appui à la promotion de la santé et des déterminants sociaux auprès des acteurs nationaux.</li> </ul>

#### 5.2.4 Priorité stratégique 4 : Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes

La gestion de l'épidémie de COVID-19 a mis en lumière les efforts réalisés par le pays, dans le domaine de la détection et de la réponse aux événements de santé publique. Elle se présente aussi comme une opportunité au regard des acquis et des progrès dans le domaine de la réponse.

Cependant, des défis importants persistent notamment dans la mise en œuvre du PANSS, l'analyse et le traitement des données de surveillance, le déploiement d'un réseau de laboratoires accessible à l'échelle du territoire national, l'organisation de la riposte en région à travers le déploiement des EIR et la mise en place de COUSP régionaux.

C'est pourquoi les approches stratégiques retenues pour chaque domaine d'actions prioritaires se présentent ci-dessous :

Domaine d'actions prioritaires	Approches stratégiques
<b>1 : Renforcement des capacités dans la préparation au niveau du pays</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au renforcement des capacités et au fonctionnement des Centres des opérations d'urgences de santé publique (COUSP) au niveau national et régional ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'évaluation du plan national de sécurité sanitaire ;</li> <li>• Appui à la révision des plans de préparation et réponse aux urgences, y compris les plans de contingence ;</li> <li>• Soutien à la mise en place des capacités requises au niveau du pays pour la détection précoce et la réponse adéquate aux menaces pour la santé publique, y compris des EIR ;</li> <li>• Appui au mécanisme de suivi-évaluation du RSI (SIMEX, RIA/RAA, JEE, SPAR) ;</li> <li>• Appui au renforcement des capacités de la surveillance intégrée et riposte y compris le laboratoire (gouvernance et maintenance) et les points d'entrée à tous les niveaux du système.</li> </ul>
<p><b>2 : Détection rapide des urgences sanitaires potentielles, évaluation et communication des risques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités des équipes d'alerte précoces, aux flambées et autres urgences sanitaires ;</li> <li>• Renforcement des capacités des acteurs communautaires, des professionnels de la santé et des médias en communication sur les risques et la gestion des informations sanitaires ;</li> <li>• Renforcement de la communication sur les risques et engagement communautaire (CREC) lors des urgences sanitaires.</li> </ul>
<p><b>3 : Réponse rapide aux urgences sanitaires aiguës, en s'appuyant sur les capacités nationales et internationales pertinentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui au développement et à la mise en œuvre de plans de continuité des services essentiels en situation d'urgence ;</li> <li>• Appui au processus de basculement des services de prise en charge de COVID-19, pour servir à la fois aux prestations de routine et à d'éventuelles situations d'urgence ;</li> <li>• Appui au partenariat et la coordination à tous les niveaux, pour la réponse aux situations d'urgence et catastrophe ;</li> <li>• Appui à la fonctionnalité et au déploiement des équipes d'interventions rapides (EIR) et des équipes médicales d'urgence (EMU) ;</li> <li>• Appui aux achats et au déploiement des intrants, équipements et consommables, dans les situations d'urgence et de catastrophe ;</li> <li>• Appui à la mise en œuvre des procédures opérationnelles normalisées en matière de prise en charge des cas et de prévention et contrôle de l'infection (PCI).</li> </ul>

# 6.

# Mise en œuvre de la SCP 2022-2025

## 6.1 Principes de coopération

Conformément à l'Accord de siège signé entre l'OMS et la Côte d'Ivoire, la coopération entre les deux parties se déroule en parfaite cohérence avec la Politique nationale de santé à travers le PNDS 2021-2025. C'est ce qui guidera la mise en œuvre de cette stratégie de coopération 2022-2025 par l'implication des trois niveaux de l'OMS.

En tant que chef de file des partenaires du secteur de la santé, l'OMS assurera la mobilisation des partenaires autour des priorités stratégiques de la SCP 2022-2025 en cohérence avec les résultats attendus du PNDS 2021-2025. Le cadre de résultats sera suivi avec toutes les parties prenantes ; de même, le suivi de ces résultats et l'impact de la mise en œuvre de la SCP, feront l'objet d'une communication régulière.

## 6.2 Modalités de la coopération

La SCP vise à faire avancer le programme d'action sanitaire national. Sur la base de l'analyse de correspondance entre le PND 2021-2025, le PNDS 2021-2025, le CCDD 2021-2025, le 13e PGT 2019-2025, la SCP 2022-2025 constituera un outil de plaidoyer important pour faire avancer le programme d'action sanitaire à travers les avantages comparatifs de la contribution spécifique de l'OMS.

En effet, l'appui au renforcement du système de santé, l'appui à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'appui à la lutte contre la maladie et la préparation du pays à la riposte aux urgences de santé publique constituent les axes d'assistance technique pour lesquels l'OMS aidera à mobiliser les ressources (financières et non financières) nationales et internationales en vue de l'atteinte des objectifs de la CSU et des ODD en 2030.

Les modalités de la coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire sont décrites comme suit.

### 6.2.1 Dialogue politique stratégique

L'OMS, en tant qu'institution spécialisée du Système des Nations Unies pour la santé et en sa qualité de Chef de file des partenaires techniques et financiers en Côte d'Ivoire, jouera un rôle crucial dans le leadership et le plaidoyer de haut niveau en vue de conduire à l'engagement et la mobilisation de tous les partenaires de la santé pour une réponse sanitaire efficace et efficiente. Le dialogue politique et stratégique permettra de mobiliser les décideurs nationaux et internationaux pour la réalisation des priorités sanitaires de la Côte d'Ivoire.



### **6.2.2. Appui stratégique**

En relation avec ses fonctions essentielles dont l'appui stratégique constitue l'un des maillons, le bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire assurera des missions de conseils et mobilisera le Bureau régional et le Siège afin d'apporter un soutien au développement des priorités stratégiques identifiées dans la présente SCP. Elle continuera d'appuyer le Gouvernement en matière de définition de politiques et de plans de développement sanitaires. L'OMS accompagnera également le pays dans l'application des résolutions et recommandations de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique.

### **6.2.3. Assistance technique**

L'OMS apportera son assistance technique à la Côte d'Ivoire à travers la mobilisation des experts du Bureau de pays, du Bureau régional et du Siège dans les divers domaines de compétences de l'institution. La mise à disposition des normes, procédures et directives permettra aux programmes et aux initiatives de recherche de s'inscrire dans le plan mondial de développement de l'action sanitaire, afin de produire des bases factuelles nécessaires pour soutenir l'amélioration de la santé des populations.

### **6.2.4 Prestation de services**

L'OMS apportera son appui à la Côte d'Ivoire dans le cadre de la préparation et la réponse aux situations d'urgence sanitaire comme cela a été le cas lors de la crise de la COVID-19. Cet appui consistera notamment en la mise à disposition d'une expertise technique à tous les niveaux par le déploiement de ressources humaines qualifiées, mais aussi par la fourniture de médicaments, de réactifs de laboratoire et autres matériels techniques.

## **6.3 Mécanisme de mise en œuvre de la SCP**

La Stratégie de coopération de l'OMS avec la République de Côte d'Ivoire 2022-2025 sera mise en œuvre par le Bureau de pays, sous forme d'appuis aux programmes du Gouvernement, en synergie avec d'autres partenaires de la santé. Les priorités et domaines d'actions prioritaires serviront de base à l'élaboration des plans biennaux et des plans annuels de travail du Bureau de pays pour la période 2022-2025.

Ces priorités serviront aussi de cadre pour déterminer les ressources (humaines, financières et matérielles) requises, ainsi que le soutien attendu des autres niveaux de l'Organisation (Bureau régional et Siège). Enfin, les allocations des ressources additionnelles pourront être accordées en cas de nécessité en fonction des contingences nationales et internationales.

La mise en œuvre de la SCP se fera sous la responsabilité du Représentant de l'OMS avec l'implication de toute l'équipe du Bureau de pays. Pour cela, les Chargés de programmes du Bureau de pays, travailleront en étroite collaboration avec les Responsables des programmes nationaux.

Voir en annexe le cadre des résultats de la mise en œuvre de la SCP.

## 6.4 Rôles des différents niveaux de l'OMS dans la mise en œuvre de la SCP 2022-2025

Pour la mise en œuvre de la SCP 2022-2025, les rôles sont définis pour chacun des niveaux de l'OMS.

### Bureau de pays

- a) Appuyer le pays pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de documents de politiques et plans nationaux
- b) Appuyer le pays dans la mobilisation des ressources
- c) Appuyer le dialogue politique
- d) Appuyer la mise en place de système d'information sanitaire pérenne
- e) Renforcer la capacité du pays en matière de planification sanitaire stratégique et opérationnelle, élaboration de documents de politiques, capacités diagnostiques et thérapeutiques, d'information sanitaire et de mobilisation de ressources

### Bureau régional

- a) Travailler en collaboration avec les partenaires régionaux pour accélérer la mise en place d'un système de santé universel
- b) Mobiliser les ressources financières pour l'appui au pays
- c) Élaborer les produits techniques pour l'accompagnement du pays
- d) Soutenir le pays par le déploiement d'une assistance technique
- e) Adapter les outils mondiaux, notamment les cadres institutionnels, juridiques, réglementaires et sociétaux au contexte régional afin d'améliorer la gouvernance des systèmes de santé
- f) Coordonner les interventions de réponse aux urgences de santé publique de grade 2

### Siège

- a) Élaborer les produits techniques
- b) Formuler des orientations et fournir un appui technique au pays
- c) Mobiliser les ressources financières pour l'appui au pays
- d) Coordonner les interventions de réponse aux urgences de santé publique de grade 3

## 6.5 Financement de la mise en œuvre de la SCP

Le financement de la SCP sera assuré par les ressources mobilisées par chacun des trois niveaux de l'OMS pour appuyer le pays. Ces ressources sont réparties dans les plans de travail du Bureau de pays, pour une meilleure mise en œuvre de la stratégie de coopération pays 2022-2025.

Les ressources budgétisées pour la mise en œuvre de la SCP sur la période 2022-2025 sont estimées à 37 868 017 dollars É.-U. Des ressources extra budgétaires sont aussi attendues au cours de la même période.

Le Bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire activera de manière continue les différents mécanismes de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre effective des priorités stratégiques de la SCP 2022-2025. Les détails du financement de la SCP 2022-2025 sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 4 : Estimation du budget de la SCP 2022-2025 par priorité stratégique par Dollars Américain.**

	2022-2023	2024-2025	Budget prévisionnel nécessaire	Financement acquis (B)6	Reste à mobiliser
	Estimation		Total SCP		
<b>PS1</b> : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.	6 342 788	7 611 346	13 954 134	4 885 050	9 069 084
<b>PS2</b> : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées.	1 900 980	2 281 176	4 182 156	1 750 980	2 431 176

	2022-2023	2024-2025	Budget prévisionnel nécessaire	Financement acquis (B)6	Reste à mobiliser
		Estimation	Total SCP		
<b>PS3</b> : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques.	779 707	935 648	1 715 355	712 341	1 003 014
<b>PS4</b> : Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes	8 189 260	9 827 112	18 016 372	9 430 793	8 585 579
<b>Grand Total</b>	<b>17 212 735</b>	<b>20 655 282</b>	<b>37 868 017</b>	<b>16 779 164</b>	<b>21 088 853</b>

Source : Budget programme OMS Côte d'Ivoire, 2022

Dans le cadre de la mise en œuvre de la SCP 2022-2025, la mobilisation de ressources se fera par étapes :

- Élaboration et budgétisation d'un plan opérationnel du Bureau de pays.
- Validation des interventions par les responsables de programme en collaboration avec l'équipe du ministère de la Santé : établissement de projet ou note conceptuelle pour chaque domaine d'intervention (détail du projet et coût) planifié).
- Validation et adoption du plan budgétisé par le ministère de la Santé et l'OMS.
- Mobilisation de ressources sous le leadership du Représentant et de l'ensemble de l'équipe du Bureau.

En outre, au cours des bienniums, l'OMS mobilisera des ressources additionnelles auprès d'instances nationales, régionales et internationales.

Le plan de suivi et évaluation de la SCP a pour objectif de définir et de guider le processus de validation pendant la mise en œuvre, de l'alignement des priorités stratégiques et des domaines d'intervention de la SCP sur les politiques et les cibles du PNDS, sur les politiques et les cibles du 13e PGT-OMS, et sur les cibles des ODD. Il est basé sur une succession de trois étapes : i) le suivi par un monitoring périodique des plans de travail biennaux du Bureau pays ; ii) l'évaluation à mi-parcours pour identifier les progrès et les difficultés rencontrées pendant la mise en œuvre de la SCP ainsi que les actions correctrices, et iii) l'évaluation finale qui interviendra au cours de la dernière année de la SCP. Les progrès réalisés et les leçons apprises seront documentés et partagés avec les parties prenantes et un accent particulier sera mis sur le degré d'impact obtenu.

## 7.1 Suivi de la mise en œuvre de la SCP

Le suivi de la SCP 2022-2025 se fera deux fois par an à l'occasion de rencontres semestrielles conjointes Gouvernement/OMS pour le monitoring semi-annuel des plans de travail biennaux 2022-2023 et 2024-2025 du Bureau de pays. Ces rencontres seront couplées aux revues du PNDS. L'examen de la mise en œuvre de la SCP s'appuiera sur le cadre de résultats de la SCP et les indicateurs du cadre d'impact du 13e PGT. Les outils de l'OMS AFRO (TAR2) et l'outil de suivi de la mise en œuvre du plan d'action annuel élaboré par le pays seront utilisés pour ces réunions de suivi. Les progrès des différents domaines d'action de chaque priorité stratégique de la SCP seront passés en revue pour s'assurer que les activités des programmes sanitaires de la Côte d'Ivoire se déroulent de manière cohérente avec les objectifs et les résultats attendus du PNDS 2021-2025.

Les objectifs du suivi de la SCP sont en particulier de :

- Fournir des informations sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des priorités stratégiques de la SCP.
- Réévaluer, mettre à jour et ajuster les domaines prioritaires de la SCP à travers l'identification des lacunes en temps opportun et la réorientation de la mise en œuvre des priorités stratégiques en vue d'atteindre les cibles fixées.
- Documenter les meilleures pratiques et les expériences réussies pour les partager avec l'ensemble des parties prenantes de l'action sanitaire en Côte d'Ivoire, et utiliser les résultats pour de futurs programmes de développement stratégiques.

Sur la base des résultats du suivi annuel, des actions spécifiques idoines pourraient être prises de manière prompte pour réorienter les activités des plans de travail OMS vers l'amélioration des performances des résultats des priorités stratégiques de la SCP 2022-2025.

## 7.2 Évaluation à mi-parcours de la SCP

Prévue pour 2024, en collaboration avec le ministère de la Santé et les principaux partenaires, l'évaluation à mi-parcours s'assurera du niveau de progrès vers l'atteinte des principaux résultats de la SCP, et de la production de données probantes conformément au cadre de performance de suivi et évaluation défini. Elle constituera une opportunité, le cas échéant, de prendre les mesures adéquates pour lever les obstacles à l'atteinte des objectifs fixés à travers des propositions de solutions durables.

Pour ce faire, le bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire utilisera les outils internes d'évaluation certifiés par l'OMS tout au long du processus. Le rapport de l'évaluation à mi-parcours sera partagé avec l'ensemble des parties prenantes, le Bureau régional OMS et les partenaires du secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

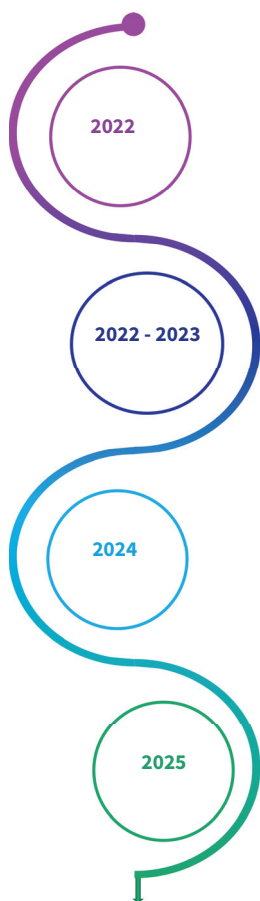
## 7.3 Évaluation finale

L'évaluation finale impliquera les trois niveaux de l'OMS et prendra en compte les cinq principes d'évaluation clés de l'OMS, à savoir l'impartialité, l'indépendance, l'utilité, la qualité et la transparence.

Elle sera réalisée en 2025 et s'assurera du niveau de progrès vers l'atteinte des principaux résultats de la SCP. Le cadre de résultats de la SCP et les indicateurs du cadre d'impact du 13e PGT serviront de cadres de référence. Un groupe de travail chargé de tout le processus sera mis en place pour coordonner et suivre le processus d'évaluation sous le leadership du Représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire. En plus de l'équipe des programmes de l'OMS, le groupe comprendra aussi des représentants du ministère de la Santé, des partenaires, de la société civile et des sociétés savantes. Un consultant national recruté à cet effet et des experts de l'OMS du Bureau régional et du Siège appuieront ce groupe tout au long du processus d'évaluation finale de la SCP 2022-2025 et lors de l'élaboration de la nouvelle SCP pour 2026-2030. Conformément au guide OMS 2020 d'évaluation des SCP, les objectifs de cette évaluation finale sont entre autres de :

- Apprécier l'alignement et la pertinence des priorités de la SCP 2022-2025 avec celles du PNDS 2021-2025 et celles du Cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable (CCDD) en Côte d'Ivoire 2021-2025 ;
- Analyser le processus, les progrès, les produits et effets de la mise en œuvre des priorités de la SCP ;
- Évaluer les effets et l'impact du travail de l'OMS à travers les objectifs du triple milliard du 13e PGT dans le cadre de la mise en œuvre de la SCP 2022-2025 ;
- Identifier les leçons tirées de la planification, de la mise en œuvre et du suivi de la SCP en vue de l'élaboration d'une nouvelle SCP ;
- Faire des recommandations opérationnelles en vue de la nouvelle SCP à élaborer.

Figure 4 : étapes du suivi et évaluation de la mise en œuvre de la SCP 2022-2025



#### JALON 1

**Lancement du document SCP 2022-2025 validé :** se fera en collaboration avec le ministère de la Santé ; le Bureau de pays imprimera et diffusera des exemplaires du document de cette SCP en nombre suffisant.

#### JALON 2

**Suivi de la mise en œuvre de la SCP 2022-2025 :** sera assuré par l'équipe technique du Bureau de pays responsable d'élaborer les plans de travail budgétisé pour chaque année ; mise en œuvre des domaines prioritaires de la SCP dans le pays en collaboration avec les trois niveaux de l'OMS ; suivi semi-annuel et rapports annuels pour passer en revue les résultats/produits du Plan de travail ; examen régulier des stratégies de mobilisation de ressources additionnelles.

#### JALON 3

**Évaluation à mi-parcours de la SCP 2022-2025 :** sera dirigée par le Bureau de pays et permettra de passer en revue en fin 2024 les progrès en matière de santé issus de la mise en œuvre des Plans de travail 2022-2023 et 2024-2025 : appréciation de l'impact qualitatif des résultats avec des données probantes ; production du rapport sur la mise en œuvre de la SCP avec des recommandations ; partage dudit rapport avec le Gouvernement, les différents niveaux OMS et les partenaires techniques et financiers.

#### JALON 4

**Évaluation finale de la SCP 2022-2025 :** en fin 2025, revue des principaux résultats sanitaires obtenus, les niveaux de référence et les objectifs établis pour chaque priorité stratégique de la SCP 2022-2025, elle impliquera le Gouvernement et les partenaires ; résultats finaux à partager avec les différents acteurs en plus des recommandations ; publication du rapport de l'évaluation finale de la SCP par le Bureau de pays et préparation



## 8.

# Conclusion

La 4<sup>e</sup> génération de la Stratégie de coopération avec le pays, pour la période 2022-2025, est le fruit d'un processus collaboratif qui a réuni le Bureau de pays de l'OMS, les institutions nationales compétentes et les partenaires du secteur de la santé, sur la base du contexte sanitaire actuel, des priorités nationales et des recommandations issues de l'évaluation de la SCP 2016-2020/2021.

S'inspirant du 13<sup>e</sup> Programme général de travail de l'OMS, cette nouvelle stratégie de coopération est alignée sur les priorités inscrites dans les documents stratégiques nationaux (PND 2021-2025 et PND 2021-2025), en lien étroit avec les résultats du Cadre de coopération pour le développement durable (CCDD) du Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire.

Les éléments nouveaux adoptés dans la présente SCP et qui la distinguent des précédentes générations feront l'objet d'une attention spéciale pour tenir compte de l'environnement social, économique et sanitaire actuel ; il s'agit de la santé des personnes âgées, des soins de réadaptation, de la santé numérique, de la recherche et de l'industrialisation du secteur pharmaceutique national, dans un contexte marqué par une volonté affirmée de l'Organisation en faveur de la prévention et de la réponse à toute forme d'inconduite sexuelle.

La mise en œuvre de cette stratégie tirera parti des leçons apprises de la riposte à la COVID-19 et de l'impact majeur de cette pandémie sur le système de santé, toutes choses qui ont fait de cette expérience mondiale, une opportunité pour chacun des pays.

Enfin, et pour une accélération des progrès du pays vers l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle, telle que stipulée dans le 1<sup>er</sup> objectif du 13<sup>e</sup> PGT, l'OMS, à travers ses trois niveaux, saura œuvrer avec le pays conformément à ses orientations stratégiques les plus actuelles, en particulier revitaliser les soins de santé primaires et en synergie avec les autres partenaires techniques et financiers du secteur de la santé pour provoquer un développement sanitaire à la hauteur des ambitions de la Côte d'Ivoire.

Le Bureau de l'OMS pays saisira toutes les opportunités pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie, afin de contribuer aux ambitions du pays de « **bâtir un système de santé qui ne laisse personne de côté** ».

# 9.

## Annexes

**Annexe 1 : liste des références**

**Annexe 2 : Cadre de résultats**

**Annexe 3 : Tableau des Indicateurs du cadre d'impact du 13<sup>e</sup> PGT**

**Annexe 4 : Alignement de la SCP au PNDS-CCDD-13e PGT-ODD**

## Annexe 1 : Liste des références

- Discours Primature (Frat Mat Info, 8 novembre 2021)
- Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2021
- UNESCO : Étude sur le droit à l'éducation inclusive et maintien des filles à l'école, octobre 2021
- Portail officiel du Gouvernement ([www.gouv.ci](http://www.gouv.ci))
- EDS 2021
- Plan stratégique santé mère enfant 2021-2025
- Enquête rapide SONU 2017
- Enquête SDI 2021-2022 (DIIS)
- Cadre de coopération pour le développement durable 2021-2025 du SNUD en Côte d'Ivoire.
- Plan d'action national budgétisé de planification familiale 2021-2025
- Plan national de développement (PND) 2021-2025
- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2021-2025,
- Plan stratégique du Système national d'information sanitaire 2021-2025
- Arrêté No 1057/MSHP/CAB/du 6 décembre 2019 modifiant l'Arrêté No 872/MSHP/CAB/du 8 mai 2019 portant organisation et composition des régions sanitaires
- SDG Gender index 2022
- Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire, avril 2019
- Direction des Affaires financières/MSHP-CMU. Analyse des allocations à la santé : À quoi sert le budget alloué au ministère de la Santé ?
- Répertoire national des CMT, 2020
- Rapport PRISM 2018
- OMS — Profils des pays pour les maladies non transmissibles (MNT), 2018
- Côte d'Ivoire, Globocan 2020
- Registre du Cancer d'Abidjan, 2018
- Directives relatives aux soins anténatals y compris les soins respectueux, intra-parfum, postnatals, prise en charge des complications obstétricales, avortement sécurisé, auto soins, contraception post-partum/post-abortum et de longue durée d'action
- Outils : plan d'accouchement, nouveau partogramme, outil d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins de l'OMS
- Standards de soins maternels, néonataux, infantiles et des adolescents utilisant le cadre conceptuel de l'OMS de la qualité des soins
- Analyse de l'équipe en matière de vaccination des enfants de 0 à 11 mois et des femmes enceintes en Côte d'Ivoire
- Analyse des allocations à la santé : À quoi sert le budget alloué au ministère de la Santé ? (DAF/MSHPCMU)

## Annexe 2 : Cadre de résultats

Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
1.1. Amélioration de la qualité et de la disponibilité des prestations de services	1. Soutenir la mise en application de la réforme hospitalière, l'accréditation de formations sanitaires et le suivi régulier de la qualité des soins ;	Proportion d'établissements hospitaliers respectant les normes de fonctionnalité	2 %	25 %	50 %	70 %	80 %
		Proportion des établissements de santé accrédités	ND	10 %	20 %	30 %	40 %
	2. Soutenir la stratégie des soins intégrés centrés sur le patient, y compris les soins de réadaptation ;	Taux de conformité aux normes des lots de produits de santé contrôlés en post-marketing	ND	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Renforcer le système national de référence et contre référence ;	90 %	93 %	94 %	95 %	95 %
	4. Soutenir l'hygiène hospitalière, la PCI et la gestion des déchets médicaux ;	Proportion d'établissements sanitaires disposant de chaîne de froid fonctionnel	7,43 %	7,65 %	7,77 %	7,88 %	8 %
		5. Renforcer l'opérationnalisation du Plan stratégique de la santé communautaire ;					
6. Soutenir le renforcement de la télémédecine/télé santé et de la santé numérique	Part du budget de l'État alloué au secteur de la santé	ND	35 %	50 %	70 %	80 %	
	Proportion des établissements qui respectent les critères établis de gestion financière dans le cadre du budget programme						
1.2. Renforcement de la gouvernance et du leadership aux niveaux central, régional et périphérique du système de santé.	1. Appuyer le Dialogue politique national à travers le Mécanisme de coordination du secteur de la santé (MCSS) et tous les autres mécanismes connexes (plateformes, organes de concertation avec le Ministère de la Santé, GSS et SNU...)	Proportion de régions et districts sanitaires disposant des organes de gouvernance fonctionnels (ERS, ECD)	20 %	40 %	60 %	80 %	95 %
		Proportion des structures de santé (centrale, décentralisée) ayant un Plan de travail annuel (PTA) aligné sur le PNDS	ND	100 %	100 %	100 %	100 %

Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.									
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)							
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025		
1.3 Renforcement de la disponibilité de ressources humaines de qualité et en quantités adéquates à tous les niveaux du système de santé.	2. Contribuer à l'élaboration du Compact national pour l'opérationnalisation du PNDS 2021-2025	Proportion des recommandations issues des rencontres de la Plateforme du mécanisme de coordination du secteur de la santé (MCSS) exécutées	0 %	50 %	60 %	70 %	80 %		
	3. Appuyer la mise en œuvre du PNDS 2021-2025 et son plan de suivi-évaluation.	Proportion des établissements sanitaires privés ayant une attestation de conformité	87,5 %	95 %	100 %	100 %	100 %		
	4. Soutenir l'opérationnalisation des régions et districts sanitaires, y compris la planification sanitaire	Proportion d'indicateurs d'effets issus du PNDS 2021-2025 ayant atteint leurs cibles	ND	25 %	30 %	40 %	50 %		
	5. Appuyer le Plan stratégique de développement du secteur privé	Nombre de personnes formées sur la production d'information stratégique (élaboration de notes de politique, élaboration de notes technique)	ND	50 %	50 %	50 %	50 %		
	6. Soutenir les initiatives pour l'engagement du secteur privé pour faire avancer l'agenda de la CSU								
	1. Soutenir l'évaluation du plan stratégique de développement des RHS 2018-2022 et l'élaboration du PDRHS 2023-2027.	Ratio infirmier-population	2,36	2,76	2,90	3,03	3,15		
2. Élaborer les Comptes nationaux des personnels de santé, le déploiement du logiciel iHRIS et les Fonctions essentielles de santé publique	Ratio médecin-population	1,75	1,82	1,88	1,94	2			
3. Renforcer les capacités des acteurs pour une gestion optimale des RHS	Ratio sage-femme/femme en âge de procréer	3,46	3,73	3,99	4,23	4,46			
4. Renforcer les capacités opérationnelles de l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS)	Disponibilité d'un observatoire des RHS fonctionnel	0	1	1	1	1			
1. Apporter un appui technique et financier à la mise en œuvre du plan d'action de la	Part du budget de l'État alloué au secteur de la santé	7,43 %	7,66 %	7,77 %	7,88 %	8 %			

Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.		Indicateurs de suivi (PNDS)					
Approches stratégiques		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
Domaines d'actions prioritaires							
1.4 Renforcement du système national de financement de la santé pour s'assurer que chaque citoyen ivoirien a accès aux soins sans rencontrer de difficultés financières	Plateforme nationale de coordination de financements de la santé (PNCFS) 2. Soutenir l'analyse du système national de financement de la santé par l'utilisation de la Matrice de Suivi des Progrès en matière de Financement de la Santé (MPFS) en vue de la mise à jour de la stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la CSU	Proportion des établissements qui respectent les critères établis de gestion financière dans le cadre du budget programme Disponibilité du rapport de l'analyse du système national de financement de la santé	ND	35 % 0	50 % 1	70 % 1	80 % 1
1.5 Renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité à des produits et technologies de santé de qualité, sûrs, efficaces	3. Renforcer les capacités des acteurs en vue de la production de l'information stratégique à partir des Comptes de la santé ; 4. Soutenir l'analyse des inefficiences inter-programmatiques et les mesures de correction ; 1. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du Plan directeur pharmaceutique national (PDPN) 2021-2025, du Plan national stratégique de la chaîne d'approvisionnement (PNSCA) 2021-2025 et du Plan stratégique d'approvisionnement en médicaments essentiels (PSAME) 2. Appuyer l'accréditation, la mise en place et le fonctionnement d'un réseau de laboratoires	Nombre de personnes formées sur la production d'information stratégique  Proportion d'acteurs des niveaux central, régional et départemental formés à la démarche de recherche opérationnelle et d'actions sur les politiques, stratégies et interventions en matière de santé Disponibilité du PDPN Disponibilité du PNSCA Disponibilité du PSAME	ND	50 50 %	50 50 %	50 50 %	50 50 %
				1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
			75 %	78 %	80 %	82 %	85 %
		Taux de disponibilité des produits traceurs à la N PSP Taux de disponibilité des produits traceurs dans les établissements de premier contact	XX	XX	XX	XX	XX

Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.									
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)							
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025		
1.6 Renforcement des capacités du pays à produire de l'information sanitaire de qualité et promotion de la recherche en santé	3. Soutenir la mise en place d'un Programme national de dons d'organes (PNDO)	Disponibilité du PNDO	-	1	1	1	1		
	4. Soutenir le dispositif de contrôle de qualité des médicaments essentiels du LNSP	Taux de conformité aux normes des lots de produits de santé contrôlés en post marketing	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
	5. Soutenir l'institutionnalisation du GTT RAM, la surveillance et la gestion de la RAM	Disponibilité d'un texte réglementaire institutionnalisant le dispositif de surveillance et de gestion de la RAM	-	1	1	1	1		
	6. Soutenir le renforcement du dispositif de réglementation du secteur pharmaceutique	Disponibilité de textes organisant le dispositif de réglementation du secteur pharmaceutique	-	Oui	Oui	Oui	Oui		
	7. Appuyer l'émergence des initiatives industrielles de production pharmaceutique locale	Taux de couverture des industries pharmaceutiques locales	10 %	15 %	17 %	18 %	20 %		
	8. Appuyer l'évaluation du plan stratégique de promotion de la médecine traditionnelle 2014-2018 et l'élaboration du nouveau plan, y compris sa mise en œuvre.	Proportion de centres de médecine traditionnelle (CMT) fonctionnels	33 %	50 %	66 %	83 %	90 %		
	1. Appuyer la mise en œuvre du Plan stratégique du Système national d'information sanitaire 2021-2025, y compris l'interopérabilité des différentes applications utilisées ;	Score d'utilisation des données sanitaire	16 % ESPC 53 % districts 57 % régions	50 % ESPC 70 % districts 90 % régions	50 % ESPC 70 % districts 90 % régions	50 % ESPC 70 % districts 90 % régions	60 % ESPC 80 % districts 95 % régions		
	2. Appuyer la production, l'analyse et l'utilisation de l'information sanitaire et des bases factuelles (CSE, DD, DR) ;	Proportion de régions sanitaires disposant du Rapport annuel régional sur la situation sanitaire (RARSS) à temps	1	33/33	33/33	33/33	33/33		
3. Soutenir la mise en place et le fonctionnement de l'Observatoire national de santé (ONS) ;	Disponibilité d'un ONS	-	-	1	1	1			

Priorité stratégique 1 : Renforcer le système de santé, notamment les RNS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU.									
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)			Valeur de base	2022	2023	2024	2025
		Libellé indicateur(s)							
	4. Contribuer à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires du SNIS	Disponibilité des textes			-		Oui	Oui	Oui
		5. Contribuer à la disponibilité et la qualité des données du système d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'Etat civil ;							
		6. Appuyer l'élaboration de la Liste officielle de référence nationale des établissements sanitaires (LORNES)			-		1	1	1



Priorité stratégique 2 : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées.										
Domaines d'actions prioritaires		Approches stratégiques		Indicateurs de suivi (PNDS)						
				Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025	
2.1 Santé reproduction, nouveau-né, enfant, adolescent	1. Renforcer le cadre normatif, réglementaire et institutionnel de la SRMNIA 2. Accélérer le passage à l'échelle des interventions à haut impact (PF, CPN, SONU, ANJE, CPOn, PCIMNE, SDMPR, allaitement maternel exclusif) ; 4. Améliorer l'accès à des services, intégrés, sûrs et de qualité, sensibles au genre, y compris la santé reproductive	Disponibilité de la loi SR		-	-	-	-	1	1	
		Disponibilité des interventions à haut impact dans les établissements sanitaires		-	Enquête HHFA					
		Proportion d'ESPC offrant les sept fonctions des SONUB		12,00 %		19,50 %	27,10 %	34,60 %	42,20 %	
		Proportion des hôpitaux de référence offrant les neuf fonctions SONUC		18,90 %		26,80 %	34,70 %	42,60 %	50,50 %	
		Proportion d'hôpitaux de références disposant d'un bloc opératoire (gynécologiques) fonctionnel		77,20 %		82,90 %	88,60 %	94,30 %	100 %	
		Proportion de districts sanitaires qui offrent la PCIMNE dans les établissements sanitaires et dans les communautés								
5. Assurer le leadership et le développement d'un partenariat élargi efficace en faveur de la SRMNIA prenant en compte les secteurs publics, privés et la société civile ainsi que les instituts de recherche										
6. Apporter un appui au renforcement des capacités des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique et chirurgie essentielle		Disponibilité d'un plan de renforcement des capacités des médecins généralistes		-	1	1	1	1	1	
7. Apporter un appui à l'extension de la délégation des tâches aux sages-femmes		Disponibilité de textes réglementaires intégrant les		--	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

**Priorité stratégique 2 : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées.**

Domaines d'actions prioritaires		Approches stratégiques		Indicateurs de suivi (PNDS)				
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025	
		8. Apporter un appui à l'intégration des matrones/accoucheuses traditionnelles au Programme national de la santé mère-enfant	Disponibilité de textes réglementaires intégrant les matrones/accoucheuses traditionnelles dans le dispositif national de délégation des tâches	--	Oui	Oui	Oui	
2.2 Maladies évitables par la vaccination	1. Améliorer la couverture vaccinale des maladies cibles du PEV par le renforcement du PEV de routine 2. Faciliter l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles stratégies de vaccination de routine (palu, VPI2, COVID-19, HPV...) 3. Atteindre les populations les plus vulnérables (zéro dose) et améliorer l'équité 4. Appuyer le processus de passage à la pré-élimination de la rougeole 5. Renforcer les capacités du Système national d'information sanitaire (SNIS) par le développement et l'utilisation d'approches et d'outils novateurs 6. Renforcer la surveillance des maladies évitables par la vaccination 7. Renforcer la participation multisectorielle et communautaire		Couverture en penta 3 Couverture en RR	89,8 % 85,9 %	95 % 95 %	95 % 95 %	95 % 95 %	
			Disponibilité des textes réglementaires incluant les nouveaux vaccins	-	Oui	Oui	Oui	
			Pourcentage d'enfant de 0 à 11 mois perdus de vue enrôlés dans les programmes de vaccination	10 %	8 %	6 %	5 %	4 %
			Nombre de personnes formées sur la production d'information stratégique	ND	50 %	50 %	50 %	50 %
2.3 Santé des personnes âgées	1. Apporter un appui au renforcement de cadre normatif, réglementaire et institutionnel favorable à la santé et au bien-être des personnes âgées							

Priorité stratégique 2 : Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées.							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
	<p>2. Contribuer à l'accès des personnes âgées à des services de soins de santé leur garantissant un vieillissement en bonne santé</p> <p>3. Apporter un appui à la prévention et prise en charge des maladies chroniques y compris la démence, soins à long terme comprenant des services communautaires et des soins palliatifs)</p>						

Priorité stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
3.1 Renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles (infection à VIH, SIDA, paludisme, tuberculose, hépatites, maladies tropicales négligées)	1. Apporter un appui au renforcement des politiques, normes et procédures pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins pour toutes les maladies.	Disponibilité de textes réglementaires renforçant les politiques, normes et procédures pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins pour toutes les maladies.					
	2. Élaborer/actualiser les documents stratégiques/opérationnels au niveau des districts et régions sanitaires	Disponibilité de documents stratégiques/opérationnels au niveau des districts et régions sanitaires					
	3. Contribuer au renforcement du SMIS pour la surveillance, le suivi et l'évaluation, l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décision	Proportion de personnel de santé ayant bénéficié d'une formation continue au cours des trois dernières années	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %

Priorité stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
3.2 Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète ; HTA ; cancer ; santé mentale, violences et	4. Contribuer à l'amélioration de l'accès à des services de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement de qualité	Taux de positivité au VIH dans la population générale	?	?	?	?	?
		Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant y compris la période de l'allaitement	6,05 %	5,04 %	4,02 %	3,01 %	2 %
		Taux de rétention de PVVIH dans les soins à 12 mois	90,7 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		Proportion des cas de paludisme correctement pris en charge	77 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	5. Appuyer le renforcement de la surveillance des résistances (antimicrobiennes ; antiparasitaires ; antivectorielles)						
		6. Soutenir l'élaboration d'approches innovantes et le développement de la recherche opérationnelle					
	7. Contribuer à la mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre les maladies						
		8. Renforcer la surveillance en tant que pays ayant éliminé le ver de Guinée et la THA					
3.2 Renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles (diabète ; HTA ; cancer ; santé mentale, violences et	1. Fournir un appui au Gouvernement ivoirien dans l'identification et l'analyse des principaux déterminants de la santé et des actions à mener en vue de réduire leur impact sur la santé	Proportion de structures sanitaires offrant le service de dépistage du cancer du col de l'utérus	12 %	17 %	22 %	27 %	32 %
		Couverture de l'offre de service de prise en charge des maladies métaboliques	10 %	20 %	40 %	60 %	80 %

Priorité stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
accidents de la circulation ; tabagisme, alcoolisme)		Proportion d'hôpitaux de références disposants d'un plateau technique adéquat (services d'urgences, bloc opératoire, service de réanimation fonctionnel, disponibilité de produits sanguins) pour la prise en charge des AVP	10 %	20 %	40 %	60 %	80 %
	2. Appuyer la mise à jour régulière des données sur les caractéristiques de la population (réalisation de la nouvelle enquête STEPS) par le ministère de la Santé	Proportion de structures sanitaires (HG, CHR et CHU) offrant des services de prise en charge des MTN	10 %	20 %	40 %	60 %	80 %
	3. Renforcer le plaidoyer pour la prise en compte des cinq principaux facteurs de risque de MNT en vue de la promotion et l'application des mesures législatives et/ou réglementaires associées	Nombre de centres spécialisés dans le traitement de l'UB, de la lèpre et du pian	6	7	8	9	10
	4. Appuyer les initiatives de création d'un environnement favorable à la mitigation des facteurs de risque de MNT (initiative villes-santé)						
	5. Appuyer le plaidoyer pour l'approvisionnement en intrants de diagnostic pour le contrôle des maladies métaboliques et cardiovasculaires						
	6. Apporter un appui au Plan stratégique 2022-2026 de lutte contre le cancer						
	7. Apporter un appui à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan stratégique de la santé mentale						

Priorité stratégique 3 : Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques							
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDIs)					
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
3.3 Actions sur les déterminants sociaux de la santé et promotion de la santé	Contribuer au renforcement du cadre législatif et réglementaire pour la lutte contre les facteurs risques des MNT						
	8. Appuyer la mise en œuvre des approches MPOWER (tabac) et SAFER (alcool) en vue de réduire la mortalité et la morbidité liées au tabac et à l'alcool	TIC					
	1. Renforcer le plaidoyer en faveur de la prise en compte de la promotion de la santé dans tous les politiques et programmes publics	Proportion de leaders communautaires sensibilisés ou formés à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé.	25 %	35 %	45 %	55 %	65 %
	2. Appuyer l'intégration de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques et programmes y compris les secteurs non sanitaires	Nombre d'autorités administratives sensibilisées ou formées à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé.	20 %	30 %	50 %	60 %	75 %
	3. Appuyer la production et l'analyse des données sur les déterminants sociaux de la santé au niveau national en vue de faciliter la prise de décision						
	4. Appuyer l'amélioration des connaissances des acteurs nationaux de tous les secteurs sur la promotion de la santé et les déterminants sociaux de la santé	Nombre d'organisation de la société civile (OSC) dont au moins deux membres sont sensibilisés ou formés à la promotion de la demande et à l'utilisation des services de santé	43	63	43	43	43

Priorité stratégique 4 : Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes								
Domaines d'actions prioritaires	Approches stratégiques	Indicateurs de suivi (PNDS)						
		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025	
4.1. Renforcement des capacités dans la préparation au niveau du pays	<p>1. Appuyer l'évaluation du plan national de sécurité sanitaire</p> <p>2. Appuyer la révision des plans de préparation et réponse aux urgences, y compris les plans de contingence</p> <p>3. Soutenir la mise en place des capacités requises au niveau du pays pour la détection précoce et la réponse adéquate aux menaces pour la santé publique</p> <p>4. Appuyer le mécanisme de suivi-évaluation du RSI (SIMEX, RIA/RAA, JEE, SPAR).</p>	Disponibilité du rapport d'évaluation						
		Taux de couverture des régions sanitaires en COUSP fonctionnel	18,2 %	36,4 %	48,5 %	72,7 %	90,9 %	
		Proportion de régions frontalières disposant de Plan d'intervention d'urgence de santé publique	11 %	33 %	56 %	78 %	100 %	
	4.2. Détection rapide des urgences sanitaires potentielles, évaluation et communication des risques	<p>5. Appuyer le renforcement des capacités de la surveillance intégrée et riposte y compris le laboratoire et les points d'entrée, et la mortalité maternelle à tous les niveaux du système</p> <p>6. Contribuer au renforcement du partenariat et de la coordination pour la gestion des situations d'urgence et des catastrophes</p> <p>1. Appuyer l'évaluation du plan national de sécurité sanitaire</p> <p>2. Appuyer la révision des plans de préparation et réponse aux urgences, y compris les plans de contingence</p> <p>3. Soutenir la mise en place des capacités requises au niveau du pays pour la détection précoce et la réponse adéquate aux menaces pour la santé publique</p>	Proportion de districts sanitaires dont l'ensemble des points focaux ont été formés sur la Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte 3 <sup>e</sup> édition (SIMR3)	100 %	100 %	100 %	100 %	
			Proportion de régions sanitaires disposant de la cartographie des menaces et urgences de santé publique adaptée aux régions	18,2 %	36,4 %	48,5 %	72,7 %	90,9 %



Priorité stratégique 4 : Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes							
Domaines d'actions prioritaires		Indicateurs de suivi (PNDS)					
Approches stratégiques		Libellé indicateur(s)	Valeur de base	2022	2023	2024	2025
4.3. Réponse rapide aux urgences sanitaires aiguës, en s'appuyant sur les capacités nationales et internationales pertinentes	4. Appuyer le mécanisme de suivi-évaluation du RSI (SIMEX, RIA/RAA, JEE, SPAR) dans le pays.						
	5. Apportez un appui au renforcement de la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), y compris le laboratoire et les points d'entrée, la surveillance des décès maternels et périnataux et riposte (SDMPR) à tous les niveaux du système.						
	6. Contribuer au renforcement du partenariat et de la coordination pour la gestion des situations d'urgence et des catastrophes.						
	1. Appuyer la fonctionnalité et le déploiement des équipes d'interventions rapides et des équipes médicales d'urgence (EMU)						
	2. Appuyer la mise en œuvre des procédures opérationnelles normalisées en matière de prise en charge des cas et de PCI						
	3. Appuyer les opérations logistiques d'acquisition et de déploiement des intrants, équipements et consommables						
4. Soutenir le renforcement de la communication sur les risques et l'engagement communautaire (CREC) lors des urgences sanitaires.							



### Annexe 3 : Indicateurs du cadre d'impact du 13e PGT

N°	Indicateurs	13 <sup>e</sup> PGT pour 2025	Référence au niveau national		Sources		Référence au niveau national (PNDS 2021-2025)		13 <sup>e</sup> PGT	ODD/ WHA
			valeur		Année		Code	Intitulé		
1	Le taux de mortalité attribue aux maladies respiratoires chroniques MNT (cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladie respiratoire chronique) aux maladies cardiovasculaires, au cancer de la mortalité prématurée, au diabète ou (âge 30 à 70 ans)	Une réduction relative de 20 % par la prévention et le traitement	21,7		2021	<a href="https://api.worldbank.org/v2/467315311.xls">IAPI_CIV_DS2_fr_excel_v2_467315311.xls</a> <a href="https://api.worldbank.org/v2/fr/country/CIV?downloadformat=excel">https://api.worldbank.org/v2/fr/country/CIV?downloadformat=excel</a>	-		1,1	ODD 3
2	Taux de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants)	Réduire la mortalité par suicide, taux de 15 %	8,9		2019	<a href="https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SH.STA.SUIC.P5?locations=CI">https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SH.STA.SUIC.P5?locations=CI</a>	-		1,1	ODD 3 .4.2
3	Proportion de femmes en âge de procréer (âgés de 15 à 49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes	Augmenter la proportion de femmes en âge de procréer (âgés de 15 à 49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits avec des méthodes modernes à 66 %	18		2021	EDS-CI 2021			1,1	ODD 3.7.1
4	Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	Réduire de 27 % le nombre de nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants	135		2020	<a href="https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?locations=CI">https://donnees.banque mondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD?locations=CI</a>	RS3	Taux d'incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants)	1,1	ODD 3 .3.2
5	Taux de mortalité maternelle	Réduire le taux mondial de mortalité maternelle de 30 %	385		2021	EDS-CI 2021	RS2	Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	1,1	ODD 3 .1.1

N°	Indicateurs	13° PGT pour 2025	Référence au niveau national valeur	Sources		Référence au niveau national (PND5 2021-2025)		13° PGT	ODD/ WHA
				Année		Code	Intitulé		
6	Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants	Réduire l'incidence de l'hépatite à 0,5 % chez les enfants de moins de 5 ans (prévalence estimée de l'AgHBs [%; IC à 95 %])						1,1	ODD 3 .3.4
7	Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes non infectées, par sexe, âge et populations clés	Réduire le nombre de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes non infectées par sexe, âge et populations clés de 73 %	0,21 [0,12 - 0,35]	2021	<a href="https://aidsinfo.unaids.org/">https://aidsinfo.unaids.org/</a>	RS6	Nombre de nouvelles infections par VIH	1,1	ODD 3 .3.1
8	Prévalence normalisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de plus de 18 ans (définie comme la pression artérielle systolique >140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique >90 mmHg) et la pression artérielle systolique moyenne	Réduction relative de 20 % de la prévalence de l'hypertension artérielle	39,92 %	2017	Rapport enquête PREVADIA	RS14	Prévalence de l'hypertension artérielle dans une population âgée de 20 à 79 ans	1,1	WHA 6 6.10
9	Couverture des interventions thérapeutiques (pharmacologiques, services psychosociaux et de réadaptation et de suivi) pour les troubles liés à l'utilisation de substances	Augmenter la couverture des services de traitement, d'interventions (pharmacologiques, psychosociales et de réadaptation et de suivi) pour les troubles liés à l'utilisation de substances à xx %						1,1	ODD 3 .5.1

N°	Indicateurs	13° PGT pour 2025	Référence au niveau national		Sources		Référence au niveau national (PND5 2021-2025)		13° PGT	ODD/ WHA
			valeur	Année	Code	Intitulé				
10	Densité et répartition des agents de santé (médecins pour 10 000 habitants, infirmières pour 10 000 habitants)	Augmenter la densité du personnel de santé, avec une amélioration distribution	1,40 médecin pour 10 000 habitants	2020	RASS 2020	IP3.1.4 IP3.1.2	Ratio médecin- population Ratio infirmier- population	1,1	ODD 3 .c.1	
11	Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions de suivi qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services, parmi la population générale et la population la plus défavorisée)		2,36 infirmiers pour 5 000 habitants soit 4,72 infirmiers pour 10 000 habitants					1,1	SDG 3.8.1	
12	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%)	Réduire le taux mondial de mortalité maternelle de 30 % (proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié [%])	71,56 %	2020	RASS 2020	IE4.3	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	1,1	ODD 3 .1.2	

N°	Indicateurs	13 <sup>e</sup> PGT pour 2025	Référence au niveau national valeur	Sources		Référence au niveau national (PNDS 2021-2025)		13 <sup>e</sup> PGT	ODD/ WHA
				Année		Code	Intitulé		
13	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (mortalité par 1 000 naissances vivantes pour la période de cinq ans précédant l'enquête)	Réduire les décès évitables de nouveau-nés (taux de mortalité néonatale) et les enfants de moins de cinq ans (taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans) de 17 % et 30 %, respectivement	52	2021	EDS-CI 2021	RS7	Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes)	1,1	ODD 3 .2.1
14	Taux de mortalité néonatale (mortalité par 1 000 naissances vivantes pour la période de cinq ans précédant l'enquête)	Réduire les décès de nouveau-nés (taux de mortalité néonatale) de 17 %	30	2021	EDS-CI 2021	RS8	Taux de mortalité néonatale (moins d'un mois) ‰	1,1	ODD 3 .2.2.
15	Proportion de la population cible couverte par tous les vaccins dans leur programme national	Augmenter la couverture de la 2 <sup>e</sup> dose cible du vaccin contre la rougeole couverte par tous les vaccins à 85 %	36 %	2021	EDS-CI 2021			1,1	ODD 3 .b.1
16	Nombre de personnes nécessitant des interventions contre les maladies tropicales négligées	Réduire de 400 millions le nombre de personnes nécessitant des interventions	21 002 613	2018	<a href="https://country-profiles.unstatshub.org/civ/goal-3">https://country-profiles.unstatshub.org/civ/goal-3</a>			1,1	ODD 3 .3.5
17	Incidence du paludisme pour 1 000 habitants	Réduire de 50 % l'incidence du paludisme	173,43	2020	RASS 2020	IE5.5	Incidence du paludisme dans la population générale	1,1	ODD 3 .3.3

N°	Indicateurs	13 <sup>e</sup> PGT pour 2025	Référence au niveau national		Sources		Référence au niveau national (PNDS 2021-2025)		13 <sup>e</sup> PGT	ODD/ WHA
			valeur	Année	Année	Code	Intitulé			
18	Proportion de la population ayant des dépenses de santé importantes par rapport aux dépenses ou au revenu total des ménages.	Arrêter l'augmentation du pourcentage de personnes souffrant de difficultés financières (définies comme des dépenses personnelles dépassant la capacité d'accès à la santé)	39,43 %	2018	Compte de la santé (MSHP)				1,2	ODD 3 .8.2
19	Proportion des dépenses publiques consacrées aux services essentiels (éducation, santé et protection sociale)	Augmenter la part des dépenses publiques pour santé de 10 %	18,30 % 20,4	2018	<a href="https://country-profiles.unstatshub.org/civ#goal-1">https://country-profiles.unstatshub.org/civ#goal-1</a>	IE1.3 IE1.4	Dépenses publiques (courante) de santé rapportée au PIB Part du budget de l'État alloué au secteur de la santé	1,2	ODD 1 .a.2	
20	Proportion d'établissements de santé disposant d'un ensemble de base de médicaments essentiels pertinents disponibles et abordables sur une base durable	Augmenter la disponibilité des médicaments essentiels pour les soins de santé primaires, y compris ceux gratuits, à 80 % Le groupe ACCESS représente ≥60 % de la consommation d'antibiotiques	60,4	T1 2022	<a href="https://www.fbpCotedivoire.org/data#section-qualit">https://www.fbpCotedivoire.org/data#section-qualit</a>	-	-	1,3	ODD 3 .b.3	
21	Schémas de consommation d'antibiotiques au niveau global								1,3	WHA 6 8.7

## Annexe 4 : Alignement de la SCP au PNDS- CCDD-13e PGT –ODD

SCP 2022-2025	13 <sup>e</sup> PGT OMS 2019-2025	PNDS 2021-2025	CCDD/SNU 2021-2025
<b>PRIORITÉS STRATÉGIQUES</b>			
<b>Priorité stratégique 1 :</b> Renforcer le système de santé, notamment les RHS, la gouvernance, l'accès aux médicaments, le SIS, le financement de la santé et s'assurer qu'un plus grand nombre de personnes bénéficie de la CSU	<b>Pilier 1 :</b> Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle <b>Pilier 4 :</b> Une OMS plus efficace et efficiente, offrant une meilleure assistance aux pays (Résultat 4.1 : Renforcement des capacités des pays en matière de données et d'innovation)	<b>Axe stratégique 1 :</b> Amélioration de la Gouvernance et du financement de la santé <b>Axe stratégique 2 :</b> Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité <b>Axe stratégique 3 :</b> Renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies	<b>Priorité stratégique 2 :</b> Amélioration du capital humain  <b>Priorité stratégique 5 :</b> Promotion d'une gouvernance encore plus efficace, transparente et participative
<b>Priorité stratégique 2 :</b> Promouvoir la qualité des interventions de santé et le bien-être tout au long de la vie, notamment pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les jeunes et les personnes âgées	<b>Pilier 1 :</b> Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle	<b>Axe stratégique 2 :</b> Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité	<b>Priorité stratégique 2 :</b> Amélioration du capital humain
<b>Priorité stratégique 3 :</b> Renforcer la lutte contre la maladie et les violences en mettant un accent particulier sur les déterminants sociaux de la santé et les effets des changements climatiques	<b>Pilier 1 :</b> Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle <b>Pilier 3 :</b> Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être	<b>Axe stratégique 2 :</b> Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité <b>Axe stratégique 3 :</b> Renforcement de la promotion de la santé et de la lutte contre les maladies	<b>Priorité stratégique 2 :</b> Amélioration du capital humain <b>Priorité stratégique 3 :</b> Renforcement de l'inclusivité du processus de développement <b>Priorité stratégique 4 :</b> Réduction de la vulnérabilité aux changements climatiques et aux problèmes environnementaux
<b>Priorité stratégique 4 :</b> Renforcer la qualité de la préparation et réponse du pays aux urgences de santé publique et catastrophes	<b>Pilier 2 :</b> Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire	<b>Axe stratégique 2 :</b> Renforcement de l'offre et l'accessibilité des populations aux soins de qualité	<b>Priorité stratégique 2 :</b> Amélioration du capital humain





# Organisation mondiale de la Santé

Côte d'Ivoire

📍 01 BP 2494 Abidjan 01 ☎ 00225 27 22 51 72 00

🏠 2-Plateaux, 27 Bld des Martyrs – Aghien

📘 @oms.cotedivoire 🐦 @omscotedivoire 🌐 www.afro.who.int